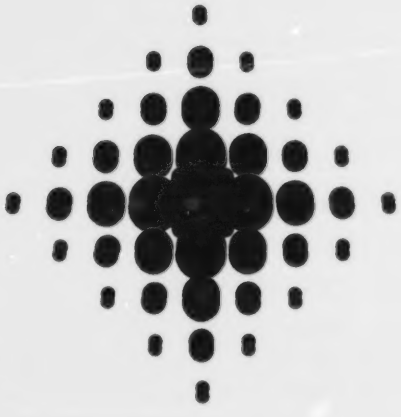
Les PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Les services de santé et les services sociaux

PROBLÉMATIQUES ET ENJEUX



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

88-00684

es services de santé
t les services sociaux

PROBLÉMATIQUES ET ENJEUX

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

es services de santé
t les services sociaux

PROBLÉMATIQUES ET ENJEUX

Québec

Le contenu de cette publication a été réalisé
par la Commission d'enquête sur les services de
santé et les services sociaux.

Cette édition a été produite
par Les Publications du Québec

© Gouvernement du Québec
Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
1er trimestre 1987
ISBN 1-551-08883-6

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux

Mandat

Conformément au décret du 29 janvier 1986 adopté par le Gouvernement du Québec, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a pour mandat :

- d'évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux en regard de ses objectifs et plus particulièrement :
  - les fonctions des différentes parties du système des services de santé et des services sociaux incluant :
    - les responsabilités réciproques du ministère de la Santé et des Services sociaux, des conseils régionaux et des établissements ;
    - la coordination des niveaux de décision ;
    - le rôle des professionnels au sein du système ;
    - les mécanismes de participation du milieu et de concertation avec les principaux collaborateurs externes au système de santé et de services sociaux ;
  - le financement des services de santé et des services sociaux en tenant compte notamment :
    - des facteurs influençant l'offre et la demande des services ;
    - du développement technologique ;
    - du niveau et des modes possibles de financement ;
    - du processus de décision pour l'allocation des ressources ;
    - des mécanismes d'évaluation et de contrôle ;
- d'étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît le système des services de santé et des services sociaux ;
- de faire au Gouvernement les recommandations qui lui semblent les plus appropriées pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux.

Membres

Président :	Jean Rochon
Commissaires :	Harvey Barkun,
	Janine Bernatchez-Simard,
	Roger Bertrand,
	Jean-Pierre Duplantie,
	Norbert Rodrigue
Secrétaire général :	Guy Gélineau

Consultation générale 1986

Le présent document a été rédigé par l'équipe de l'analyse-synthèse de la Commission.

Coordonnatrice : Colette Chatillon
Analystes : Myriam Bergeron
Lise Brassard
Hélène Massé
Claude Painchaud
Louise Potvin

La correction et la révision des textes ont été effectuées par Anne-Hélène Pénault et le travail de secrétariat par Liliane Ledoux, en collaboration avec Lise Malouin, Julie Mercier et France Trudel.

L'organisation de la consultation a été assumée par Priscilla Ouellet-Perron, coordonnatrice de la consultation, en concertation avec les agents de liaison en région dont les noms apparaissent à l'annexe I. Le travail de secrétariat a été réalisé par Claudette Tremblay, et la gestion documentaire par France Thibault. L'accueil en région a été principalement assurée par Huguette Gauthier.

La coordination des communications a été assumée par Yves-Thomas Dorval.

Remerciements

La Commission remercie chaleureusement les nombreuses personnes qui ont apporté leur concours à l'organisation et à la bonne marche de la consultation. Elle souligne particulièrement la contribution des agents de liaison en région ainsi que celle de leur équipe de soutien, de même que le travail accompli par les animateurs et animatrices lors des assemblées publiques. La Commission remercie également Communication-Québec pour le soutien apporté à la tournée en région.

Avant-propos

Créée le 18 juin 1985, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux voyait son mandat à la fois confirmé et élargi par un nouveau décret gouvernemental, le 29 janvier 1986.

Pour remplir son mandat, la Commission a adopté une démarche générale en deux étapes : la première portant sur la définition des problématiques et des enjeux dans le champ de la santé et des services sociaux, la deuxième se concentrant sur l'élaboration d'hypothèses de solution. À l'occasion de la première étape, la Commission a mené une vaste consultation sur les problématiques et enjeux, consultation qui visait à recueillir les perceptions du plus grand nombre de personnes, groupes et institutions concernés par l'évolution des services de santé et des services sociaux. Si l'on en juge par la qualité des présentations faites à la Commission et par l'importante participation des acteurs du réseau public ainsi que des divers milieux intéressés, on peut affirmer que la consultation a largement atteint ses objectifs. La Commission a en effet rencontré pas moins de 6 000 personnes lors de séances de travail ou en assemblées publiques, et plus de 800 représentations écrites totalisant quelque 20 000 pages de documentation ont été déposées dans le cadre de cette tournée de consultation.

Le présent document veut rendre compte le plus fidèlement possible de l'ensemble des positions et opinions exprimées lors de cette tournée. Il convient de préciser à cet égard qu'une pareille synthèse ne peut prétendre reproduire « textuellement » et « in extenso » les interventions de chacun des participants. La Commission a cependant tenu à ce que la synthèse reflète le plus exactement possible les perceptions des personnes et organismes rencontrés. Ainsi, bien que l'on pourrait questionner le sens prêté à certaines notions comme la « gratuité des services » ou la « privatisation », la Commission s'est donnée comme règle de traduire dans cette synthèse la vision même des participants. On ne saurait donc présumer, à la lecture de ce document, des conclusions que pourrait en tirer la Commission. Dans le même esprit, il faut noter que le nombre de pages consacrées à l'un ou l'autre type d'organismes ne reflète en rien l'importance que l'on pourrait attacher aux problématiques en cause.

Les personnes consultées étant invitées à s'exprimer sur les problèmes du système, la synthèse dégage forcément une impression plutôt négative de la réalité. Or, il importe de souligner que tous les participants ont par ailleurs reconnu la performance générale du système et la nécessité d'en maintenir les acquis. De plus, un grand nombre ont fait valoir des éléments de solutions aux problèmes qu'ils avaient eux-mêmes identifiés. Ces solutions ne sont pas intégrées à la présente synthèse ; elles sont toutefois actuellement à l'étude dans le cadre de la deuxième étape des travaux de la Commission.

Table des matières

Introduction 11

I Les usagers des services de santé et des services sociaux et les organismes issus de la communauté 13
1.1 Présentation 13
1.2 Les finalités et les objectifs du système 13
1.3 Le fonctionnement du système 14
1.4 Le financement et la gestion financière du système 17
1.5 Les besoins et les attentes des usagers des services de santé et des services sociaux 18
1.5.1 La communauté anglophone 19
1.5.2 Les communautés culturelles 21
1.5.3 Les familles 24
1.5.4 Les femmes 26
1.5.5 Les jeunes 32
1.5.6 Les personnes affectées par une maladie ou un problème spécifique 35
1.5.7 Les personnes âgées 37
1.5.8 Les personnes alcooliques et toxicomanes 40
1.5.9 Les personnes en situation de difficultés socio-économiques 42
1.5.10 Les personnes handicapées physiques ou intellectuelles 43
1.5.11 Les personnes psychiatrisées et ex-psychiatrisées 49
1.5.12 Les populations autochtones 53
1.6 Le rôle et la place des services dispensés par les organismes communautaires 56

II Le réseau institutionnel 63
2.1 Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) et les tables de concertation 63
2.2 Les centres hospitaliers (CH) 69
2.3 Les départements de santé communautaire (DSC) 83
2.4 Les centres locaux de services communautaires (CLSC) 88
2.5 Les centres de services sociaux (CSS) 96
2.6 Les ressources intermédiaires résidentielles (Familles d'accueil) 107
2.7 Les centres d'accueil de réadaptation (CAR) et d'hébergement (CAH) 109

III Les corporations professionnelles 117

IV Les ressources humaines des services de santé et des services sociaux 127
4.1 Les gestionnaires des établissements 127
4.2 Les médecins 131
4.3 Les infirmières 141
4.4 Les professionnels para-médicaux et les professionnels du secteur social 147
4.5 Le personnel technique et de soutien 150

V Les milieux de la recherche et de l'enseignement 155

VI Les médecines douces et les pratiques alternatives 165

VII Divers acteurs socio-économiques 169
7.1 Les organisations syndicales 169
7.2 Le milieu des affaires 177
7.3 Le monde municipal 183
7.4 Les commissions scolaires 185
7.5 Les organisations politiques 185

ANNEXE I Liste des personnes qui ont collaboré à la réalisation de la consultation régionale 191

ANNEXE II Liste des organismes et des personnes qui ont participé à la consultation 193

Liste des sigles

ARH	Agent de relations humaines
CAH	Centre d'accueil d'hébergement
CAR	Centre d'accueil de réadaptation
CART	Centre d'accueil de réadaptation en toxicomanie
CCPC	Conseil consultatif du personnel clinique
CESSSS	Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHCD ou CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHLD ou CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPMQ	Corporation professionnelle des médecins du Québec
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSS	Centre de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSC	Département de santé communautaire
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
RAAQ	Régie de l'assurance-automobile du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec

Introduction

Dès le début de ses travaux, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a démarré trois programmes d'activités distincts devant servir à constituer autant de sources d'information essentielles à la réalisation de son mandat. Il s'agit du programme de recherche, du programme de consultation d'experts et de la consultation générale elle-même dont la synthèse fait l'objet du présent texte.

Cette consultation doit donc être comprise à l'intérieur d'un cadre plus large qui permettra à la Commission de développer une compréhension plus approfondie des problématiques et des enjeux du système de santé et de services sociaux. Le programme de recherche, par exemple, vise à contribuer à la compréhension des problèmes actuels et potentiels du système, de leurs causes et de leurs conséquences, ainsi qu'à documenter et valider des hypothèses de solutions quant à leur pertinence, leur cohérence, leurs implications et leur impact.

Le programme de consultation d'experts, quant à lui, a pour objectif de recueillir les opinions d'experts du Québec et d'ailleurs, sur un certain nombre de questions spécifiques. Alors que les experts québécois contribuent à l'élaboration de dossiers faisant le point sur la problématique et les besoins de clientèles particulières, la consultation de spécialistes hors Québec permet à la Commission d'établir des éléments de comparaison avec d'autres systèmes, d'analyser les expériences mises de l'avant dans d'autres provinces ou d'autres pays et de pondérer ces données par rapport au contexte social, culturel, politique, économique et géographique dans lesquels ces systèmes évoluent.

La Commission a, de plus, pour ses propres besoins internes commandé des études servant à mieux documenter certaines questions telles la problématique des nations autochtones, la dynamique du réseau communautaire, etc. On peut maintenant considérer que, dans l'ensemble, la Commission est en voie de compléter la première étape de ses travaux qui portait sur la définition des problématiques et enjeux du système.

C'est donc dans ce contexte que s'est inscrite la consultation générale qui s'est déroulée de mars à août 1986 dans toutes les régions du Québec. Suivant la même démarche que le plan d'ensemble des travaux de la Commission, cette consultation visait d'abord à recueillir les perceptions du plus grand nombre

de personnes et d'organismes concernés par les problématiques et enjeux du système. Comme on l'a vu, même si plusieurs ont également fait part des éléments de solutions qu'ils préconisaient, ces informations ne seront pas traitées dans la présente synthèse mais serviront plutôt à alimenter la réflexion de la Commission à l'étape de l'élaboration d'hypothèses de solutions.

La consultation générale s'est déroulée sous différentes formes de manière à rencontrer ses multiples objectifs. Quelques chiffres nous donnent également un aperçu de l'ampleur des opérations menées. Ainsi la Commission a tenu, sur le plan national et régional, 495 séances de travail auxquelles ont participé quelque 1 146 organismes et près de 4 000 personnes. Le cadre de ces échanges a été conçu pour favoriser une discussion libre et spontanée. Par ailleurs, la Commission est particulièrement satisfaite du fait que ces séances aient fourni l'occasion à plusieurs organismes d'intervenir de façon concertée ; ces expériences de concertation se poursuivraient, nous dit-on, dans plusieurs cas.

La Commission entendait également profiter de ses séjours en région pour prendre connaissance d'expériences ou d'approches novatrices ou pour se sensibiliser sur le terrain à des problèmes particulièrement aigus. La Commission a donc effectué 77 visites dans divers établissements et organismes communautaires et elle tient à souligner l'accueil chaleureux qu'on lui a partout réservé.

En plus des séances de travail et des visites, la Commission a tenu, dans toutes les régions du Québec, 19 assemblées publiques auxquelles ont participé 2 000 personnes. Elle souhaitait ainsi offrir à la population la possibilité de s'exprimer sur ses besoins et ses problèmes mais aussi sur les réussites et les efforts déployés pour améliorer les services de santé et les services sociaux. Ces assemblées ont été parfois l'occasion de témoignages personnels émouvants et la Commission remercie toutes les personnes qui lui ont ainsi manifesté une telle confiance.

Au total près de 6 000 personnes ont participé, sous une forme ou une autre, à la consultation générale : 55 % de ces personnes seraient rattachées au réseau institutionnel (gestionnaires, professionnels et autres) alors que 45 % d'entre elles représenteraient de nombreux groupes d'usagers ou proviendraient de divers milieux socio-économiques (monde des affaires, syndicats, milieux de l'enseignement, etc.). Les noms des personnes ou organismes rencontrés apparaissent en annexe au présent document. Ajoutons finalement que la Commission a, à l'occasion, organisé des séances de travail autour de certaines questions telles que les médecines douces ou les besoins des communautés culturelles. Elle a également rencontré plusieurs organismes gouvernementaux et para-gouvernementaux mais il est à noter que le contenu de ces délibérations ne fait pas partie intégrante de cette synthèse.

Le travail de synthèse a donc porté sur près de 800 représentations écrites et plus de 500 comptes rendus de séances de travail et d'assemblées publiques. Pour faciliter la tâche des analystes et pour favoriser une plus grande cohérence, ces données furent regroupées par catégories d'intervenants comme le décrit la Table des matières qui précède. Tout en réitérant les quelques mises en garde présentées en avant-propos, la Commission espère que chacun trouvera dans cette synthèse une source utile d'informations et de réflexions sur les enjeux qui sont au coeur des débats actuels sur l'avenir de notre système de santé et de services sociaux.

I — Les usagers des services de santé et des services sociaux et les organismes issus de la communauté

1.1 Présentation

Dans le cadre de la consultation sur les problématiques et les enjeux du système de santé et de services sociaux québécois, la Commission a reçu plus de 300 représentations en provenance de la population utilisatrice des services publics et des organismes auxquels celle-ci a donné naissance. Ces représentations ont parfois exprimé des points de vue strictement individuels mais la majorité d'entre elles ont été le fait de regroupements de citoyens, de consommateurs, de bénéficiaires, de parents ou encore de bénévoles rassemblés soit autour d'une perception commune des problèmes qu'ils rencontrent à titre d'usagers du système, soit sur la base de leur propre contribution à la distribution des services. Les commentaires des usagers et des organismes communautaires ont, de plus, été recueillis lors des assemblées publiques et de quelque 150 séances de travail tenues dans le cadre de la consultation. Celle-ci a donc fourni aux usagers et aux organismes communautaires l'occasion de faire connaître non seulement leur évaluation globale du réseau mais aussi les besoins propres à différentes catégories de la population.

1.2 Les finalités et les objectifs du système

C'est presque de manière unanime que les usagers et les organismes communautaires réitèrent leur adhésion aux grands principes qui ont animé la réforme des années '70. Selon eux, d'importants progrès ont certes été enregistrés au chapitre de l'universalité, de l'accessibilité et de la gratuité des services mais les acquis demeurent fragiles puisque ces objectifs tardent à s'actualiser. On observe ainsi la persistance de certains problèmes d'accessibilité aux services tant sur le plan géographique qu'en raison des inégalités sociales et économiques qui se traduisent par un accès tout aussi inégal des individus à la santé et au mieux-être. Plus encore : on craint que certains « acquis » ne soient directement remis en question à la faveur, notamment, des pressions exercées par les tenants de la privatisation des services de santé et des services sociaux. Par ailleurs, les individus et les organismes s'entendent pour souligner que seule une politique globale, axée non plus sur le développement des seuls services mais plutôt sur la prise en considération de l'ensemble des déterminants de la santé et du mieux-être — déterminants sociaux, culturels, environnementaux, économiques et biologiques —, permettra de faire en sorte que les objectifs du système s'incarnent dans des objectifs de résultats équitables pour tous. Cette politique globale et l'approche multi-sectorielle qu'elle suppose renvoient dès lors à des choix de société desquels devront découler les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux.

Pour les usagers et les organismes communautaires, la promotion et la protection de la santé individuelle et collective apparaissent en effet intrinsèquement liées à l'adoption d'une politique de prévention et d'action sur les causes profondes des problèmes. Des efforts doivent ainsi être consentis sur le plan de l'éducation et de l'information de la population, du développement de ressources capables d'interventions souples et rapides, de l'élaboration de programmes adéquats de formation des intervenants, de la diffusion d'une conception différente du rôle des professionnels et d'une transformation des pratiques de ces derniers. Les usagers et les organismes rencontrés veulent en fait éviter que la prévention ne soit réduite, comme c'est trop souvent le cas, au simple dépistage ou aux interventions qui visent à protéger la population contre les risques présents dans l'environnement. Selon eux, ces risques doivent être enrayés à la source, de manière à créer un environnement propice à l'évolution des mentalités et des attitudes des individus et des collectivités face à la santé. La prévention revêt donc ainsi une connotation plus positive que celle des pratiques auxquelles elle donne cours aujourd'hui. Elle déborde de plus le champ des services de santé et des services sociaux puisqu'elle est perçue comme devant s'enraciner dans des mesures de lutte contre les causes de la violence, du chômage, de la pauvreté, de la pollution ou encore du désœuvrement. Elle peut dès lors déboucher sur une amélioration sensible de la qualité de vie des individus et des collectivités, ce qui du même coup favorise la démarche de ces derniers vers l'autonomie, la prise en charge et la responsabilisation communautaires en matière de santé et de mieux-être.

Les usagers et les organismes communautaires n'assimilent donc pas cette responsabilisation à un mouvement unilatéral de transfert vers la communauté des responsabilités jusque-là assumées par le système public. Ils s'opposent en fait à la tendance qui consiste à faire porter aux seuls individus et à la communauté le poids et la culpabilité des échecs en matière de préservation ou d'amélioration de la santé et du mieux-être. Au contraire, la responsabilisation communautaire renvoie à un modèle fondé sur la coresponsabilité de l'État et de la communauté.

Dans ce contexte, le rôle de l'État consisterait, selon eux, à fournir un environnement socio-économique permettant aux individus, aux réseaux d'entraide et aux organismes communautaires d'exister et de se développer selon leurs propres besoins. Aux yeux des usagers et des organismes rencontrés, les politiques relatives à l'emploi, à la sécurité du revenu ou encore à la fiscalité apparaissent tout aussi essentielles que les politiques mises en œuvre dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'État doit, en fait, veiller à une cohérence sociale globale par rapport à la santé et au mieux-être tant individuels que collectifs et adopter une politique de soutien à l'organisation et aux initiatives communautaires.

1.3 Le fonctionnement du système

Les représentations effectuées par les usagers et les organismes communautaires se rejoignent aussi lorsqu'elles se concentrent sur l'évaluation globale du fonctionnement du système de santé et de services sociaux. Les tendances qui se sont manifestées sur ce plan y sont décrites comme autant de facteurs explicatifs de la restriction progressive et même de la non-réalisation des objectifs et des finalités visés par la réforme des années 70.

Les usagers et les organismes communautaires observent ainsi la rigidité et la bureaucratisation de plus en plus marquée des structures qui semblent

davantage régies par des préoccupations d'ordre budgétaire ou administratif que par le souci d'offrir à la population des services correspondant à ses besoins réels. Même les voies d'accès aux services sont remplies de barrières bureaucratiques incontournables. Ce manque de flexibilité entraîne une distanciation progressive entre les besoins exprimés, en évolution rapide, et les réponses fournies par un système lent à réagir, au sein duquel la marge de manœuvre est fortement réduite. La dynamique — ou, le plus souvent, l'inertie — du système semble dès lors obéir à des impératifs strictement internes et s'éloigner de la recherche des moyens susceptibles d'assurer l'adaptation constante des services aux besoins.

Les usagers et les organismes communautaires considèrent de plus cette non-correspondance entre les services offerts et les besoins réels comme le résultat du morcellement des structures et de la fragmentation des interventions en autant de domaines qu'il existe de catégories d'établissements et de professionnels. L'approche sectorielle, pour ne pas dire à la pièce, des problèmes renvoie en effet à un mode d'organisation au sein duquel chacun s'arrache et tente de retenir captives différentes clientèles. Elle se traduit en même temps par la négation du caractère diversifié des besoins ressentis par ces dernières et par la négligence de la dimension communautaire tant des problèmes à résoudre que des solutions à mettre en œuvre.

Pour les usagers et les groupes communautaires, le poids des intérêts institutionnels et professionnels rend donc le système incapable d'aborder les nouveaux problèmes sociaux et sanitaires dans une perspective globale et dans le respect de l'intégrité des individus. Ceux-ci sont traités indépendamment de leur appartenance à un environnement qui conditionne pourtant dans une large mesure la nature de leurs problèmes de même que leur capacité d'y faire face. Ils se heurtent à des pratiques uniformisées, inscrites sous le signe de rapports impersonnels qui laissent peu de place à la prise en considération des déterminants bio-psychosociaux des problèmes en cause.

Les usagers et les organismes rencontrés associent de plus ces pratiques à la primauté des interventions de type curatif. Puisque celles-ci se concentrent sur le traitement immédiat des problèmes sans vraiment agir pour en éliminer les causes, ces mêmes problèmes resurgissent de manière chronique et placent à chaque fois les individus dans un rapport de dépendance face aux praticiens. Les connaissances et les savoir-faire traditionnels des individus et des collectivités sont ainsi évacués au profit de l'autorité et de l'expertise professionnelles, lesquelles se confortent dans des attitudes sur-protectionnistes peu compatibles avec l'objectif de prise en charge et de résolution des problèmes par les usagers ou les organismes de la communauté.

Ceux-ci déplorent par ailleurs le monopole quasi-exclusif exercé par la profession médicale sur l'orientation de l'ensemble des pratiques. Ils y voient la cause de la médicalisation progressive des approches utilisées dans le traitement des problèmes tant sanitaires que sociaux (ex.: psychiatrisation des troubles émotionnels), de la course non maîtrisée au développement technologique ainsi que de la surspécialisation qui accentue le morcellement des interventions. Ils signalent de plus les conséquences négatives du mode de rémunération à l'acte qui non seulement influence l'évolution de la pratique médicale mais aussi favorise la tendance à la multiplication des actes médicaux. Certains ajoutent que le salariat

ou encore la rémunération à vacation sembleraient mieux adaptés aux besoins de certaines clientèles telles que les bénéficiaires de soins prolongés et les personnes âgées hébergées dans les centres d'accueil.

Les usagers et les organismes communautaires abordent aussi la question de la faible disponibilité des médecins qui résulte à la fois de l'importance accordée à la quantité des actes posés — au détriment de leur qualité et de l'écoute dont bénéficient les clients —, de la disparition de la pratique du type « médecin de campagne » et de la mauvaise répartition des effectifs sur le territoire. L'accessibilité aux services médicaux spécialisés est ainsi largement réduite pour les populations vivant à l'extérieur des grands centres urbains ou encore dans les régions éloignées.

Les représentations des usagers et des organismes communautaires ont, par ailleurs, fait état de carences autres que cette pénurie observée au niveau des services médicaux, carences qui laissent tout aussi insatisfaites certaines attentes communes à l'ensemble de la population. On critique ainsi l'absence de continuité des services, la difficulté, voire l'impossibilité d'avoir accès à plusieurs d'entre eux en dehors des limites horaires fixées par certains établissements ou, tout simplement, d'y avoir accès dans des délais raisonnables. On souligne de plus le manque de proximité des services par rapport aux milieux de vie et l'insuffisance des informations relatives tant à l'existence ou à la nature des services existants qu'aux démarches à effectuer pour y avoir accès.

La question de l'information est aussi abordée par les usagers et les organismes communautaires qui mettent en évidence la faiblesse des efforts déployés pour faire connaître les droits et les recours dont disposent les utilisateurs des services de santé et des services sociaux. Pour les usagers et les organismes communautaires, cette faiblesse est d'autant plus grave que les mécanismes de protection de ces mêmes utilisateurs sont largement déficients. D'une part, il n'existe pas de système d'évaluation externe de la qualité ou de la pertinence des services. D'autre part, la population est le plus souvent tenue à l'écart ou ne parvient pas à se faire entendre des instances qui, à l'intérieur du système, sont chargées d'évaluer et de veiller à la qualité des soins et des services offerts par le réseau. Ni les corporations professionnelles ni les CRSSS ne sont jugés capables d'exercer ces fonctions autrement qu'en se plaçant en situation de conflit d'intérêts. Quant aux comités de bénéficiaires, le peu de pouvoir qui leur a été octroyé ne leur permet guère d'intervenir de manière efficace dans le processus de traitement des plaintes. Plusieurs représentations font de plus état du sentiment d'impuissance des usagers qui, par crainte d'éventuelles représailles, renoncent même très souvent à déposer une plainte.

Ce sont pourtant les usagers qui subissent les conséquences de la déshumanisation des services, de la détérioration des conditions de vie institutionnelles ou encore des pratiques contraires au respect des droits et de la dignité des individus. Les représentants de certains comités de bénéficiaires de même que divers regroupements de personnes malades jugent ainsi inadmissibles la cohabitation forcée de patients confus et de personnes lucides, les refus essuyés par les bénéficiaires lorsqu'ils réclament des personnes de leur sexe pour les soins intimes ou encore lorsqu'ils cherchent à participer à l'organisation de leur vie en milieu institutionnel. Font aussi l'objet de critiques certaines pratiques de la Curatelle publique qui, par exemple, peut déclarer une

personne malade inapte à gérer ses biens sans même avoir, au préalable, consulté ou informé la famille de cette dernière. On s'en prend enfin au droit de grève des travailleurs des secteurs public et parapublic qui ne peut être exercé qu'au détriment des droits des bénéficiaires.

De nombreuses représentations ont souligné qu'en dépit du fait que la population soit la principale concernée par ces problèmes, elle n'a qu'un faible poids dans les structures du réseau. On critique ainsi le caractère non démocratique des mécanismes de consultation et des moyens offerts à la population pour participer à l'instauration et à l'orientation tant des équipements collectifs que des services professionnels. Même l'accès de représentants de la population aux conseils d'administration des différents établissements n'a guère donné de résultats probants en raison de l'emprise exercée par les permanents du réseau.

De manière plus globale, les usagers et les organismes communautaires constatent l'inégalité fondamentale et l'absence de complémentarité entre les rôles, les responsabilités et les pouvoirs reconnus aux intervenants du réseau et ceux qui leur sont attribués. Ils jugent de plus nettement insuffisants les efforts en vue d'établir une véritable concertation, non seulement entre la communauté et le réseau mais aussi au sein même de ce dernier. Selon eux, la détermination des orientations à privilégier et des priorités à retenir obéit davantage aux règles de la compétition qu'à la recherche d'une action concertée de l'ensemble des intervenants. La mauvaise délimitation des mandats des différents établissements, la persistance de zones grises, de même que l'absence de reconnaissance tangible de la contribution des organismes communautaires à la distribution des soins et des services ne font que renforcer cette tendance.

1.4 Le financement et la gestion financière du système

Les usagers et les organismes communautaires ont manifesté leur inquiétude face aux enjeux sous-jacents aux débats entourant la privatisation des services de santé et des services sociaux. Celle-ci est le plus souvent perçue comme le reflet d'une volonté de désengagement de l'État québécois, celui-ci se déclarant incapable d'assumer plus longtemps l'ensemble des coûts engendrés par le système actuel. Pour les usagers et les organismes communautaires, on ne saurait progresser dans cette voie sans en avoir au préalable envisagé les conséquences sur l'amélioration de la santé et du mieux-être tant individuel que collectif : rien, affirme-t-on, ne doit compromettre les principes de justice redistributive et d'équité qui ont favorisé, même de manière imparfaite, l'accessibilité aux services pour l'ensemble de la population.

Certaines représentations ont toutefois envisagé une certaine forme de privatisation partielle en tant qu'alternative à l'absence de services adéquats. La privatisation n'est alors discutée que sous l'angle d'un octroi direct de subventions aux ressources spécialisées et aux groupes d'entraide offrant des services pour lesquels existe une demande non satisfaite par le réseau.

La question du contrôle des coûts fait cependant partie intégrante des préoccupations des usagers et des organismes communautaires. Ceux-ci sont toutefois d'avis que les modalités de la rationalisation des dépenses en matière de santé et de services sociaux ont, au cours des dernières années, porté atteinte à la qualité des soins et des services. Selon eux, les compressions budgétaires ont été effectuées un peu à l'aveuglette, sans que les administrateurs du réseau n'aient de véritables comptes à rendre quant à l'utilisation des fonds publics.

De plus, les décisions relatives à l'allocation des ressources ont été prises sans évaluation sérieuse de la performance des services.

Les usagers et les organismes communautaires considèrent pourtant que d'autres mesures auraient pu à la fois permettre une certaine rationalisation et laisser intacte la qualité des services. Si peu d'entre eux se rallient à l'idée de l'imposition d'un ticket modérateur minimum, plusieurs s'entendent sur la nécessité de contrôler les abus et de rendre visibles les coûts associés à l'utilisation des services publics, notamment par le biais de la remise aux clients d'une copie de frais facturés à la RAMQ par les médecins.

Les usagers et les organismes communautaires considèrent, en effet, que ces derniers sont largement responsables de la croissance des coûts du système puisque le modèle médical s'incarne dans des pratiques génératrices de demandes. Ils soutiennent ainsi que la rémunération à l'acte favorise une multiplication des interventions et une hausse constante de la consommation de services de plus en plus spécialisés et coûteux. Certains vont jusqu'à affirmer que les médecins — à l'instar des établissements soucieux d'accroître leurs budgets — tirent bien davantage profit de la maladie que de la santé des individus, comme en témoigne d'ailleurs le déséquilibre persistant entre les interventions à caractère curatif et celles axées sur la prévention.

Pourtant, les usagers et les organismes rencontrés sont d'avis qu'un investissement plus marqué au niveau de la prévention entraînerait une réduction à long terme des coûts du système. Ils affirment de plus que cette option contribuerait à l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population de façon beaucoup plus significative que la tentative de faire assumer aux individus la responsabilité de la lutte contre les mauvaises habitudes de vie et les comportements à risques. Bien que cette transformation des attitudes et des mentalisés apparaisse nécessaire, les usagers et les organismes communautaires se demandent en effet comment elle peut, à elle seule, suffire à modérer la consommation alors même que les individus maîtrisent de moins en moins les facteurs environnementaux qui affectent leur santé. Plusieurs critiquent également la facilité et le caractère simpliste des jugements qui accusent la population d'avoir développé des habitudes de consommation irrationnelles et de recourir trop souvent aux services professionnels et institutionnels. Selon eux, l'existence même de ces habitudes — qui ne sont toutefois pas aussi généralisées que certains discours le laissent entendre — traduit non pas l'inconscience mais l'insécurité d'individus trop longtemps maintenus dans un état de dépendance par rapport aux services et cantonnés dans un rôle de consommateurs passifs. Puisque ces derniers sont généralement tenus dans l'ignorance de leurs droits ou encore des alternatives aux traitements proposés, on ne saurait donc exiger d'eux qu'ils développent du jour au lendemain et sans support leur sens critique et leur autonomie face aux services de santé et aux services sociaux.

1.5 Les besoins et les attentes des usagers des services de santé et des services sociaux

Au-delà de cette évaluation globale du réseau et des services publics, les représentations des usagers et des organismes communautaires identifient les besoins et les attentes propres à différentes catégories de la population. Elles font aussi le point sur les formes d'auto-organisation qui sont apparues là où le système s'est montré impuissant à satisfaire les besoins des individus et des communautés. Les actions menées par les organismes communautaires auprès des catégories de la population qu'ils regroupent ou auxquelles ils s'adressent

constituent donc autant d'indices des insatisfactions ressenties par chacune de ces catégories à l'endroit du réseau. La présentation de chacune d'entre elles sera effectuée suivant un ordre strictement alphabétique.

1.5.1 La communauté anglophone

- **Présentation**

Lors de ses consultations publiques, la Commission a rencontré à 10 reprises des représentants de la communauté anglophone et reçu 14 représentations écrites. Peu d'organismes communautaires directement engagés dans la distribution de services à la communauté anglophone se sont présentés devant la Commission. Les organismes rencontrés expliquent ce phénomène en rappelant que l'intégration progressive, au sein du réseau public, des services gérés traditionnellement par la communauté anglophone, a profondément modifié les formes d'engagement communautaire de celle-ci. C'est donc essentiellement par le biais des organismes de promotion et de défense de la communauté anglophone qu'ont été exprimés les besoins de cette dernière en matière de santé et de services sociaux. Leurs interventions ont porté principalement sur la question des droits fondamentaux des citoyens d'expression anglaise, droits qui, selon eux, ne sont pas toujours respectés dans les services de santé et les services sociaux. Les principaux problèmes qui ont été identifiés concernent: l'accessibilité linguistique des services, la pérennité des institutions traditionnellement orientées vers une clientèle anglophone et la participation de la communauté anglophone aux différentes structures participatives du réseau.

- **L'accessibilité linguistique des services de santé et des services sociaux**

C'est avec insistance que les problèmes relatifs à la pénurie de services en anglais ont été soulignés lors de la consultation. Plus durement ressentie du côté des services sociaux, cette pénurie frappe de façon toute particulière certaines catégories plus vulnérables de la communauté anglophone telles que les jeunes, les personnes âgées et les personnes handicapées mentales.

Selon les organismes représentant la communauté anglophone, les jeunes d'expression anglaise ont des difficultés à obtenir des services de la part des infirmières et des travailleurs sociaux travaillant en milieu scolaire. Le problème est nettement plus marqué à l'extérieur de la région montréalaise, ce qui résulte à la fois de la dispersion géographique de la communauté anglophone sur le territoire québécois et de l'application mécanique des normes relatives à l'attribution des ressources. On note qu'il est difficile de recruter du personnel qualifié capable de s'exprimer en anglais dans les régions à faible concentration de population anglophone. Certains groupes ont, en effet, signalé qu'on retrouvait du personnel unilingue français dans des services pourtant destinés aux jeunes anglophones, ce qui rend caduques les actions entreprises par ce personnel et taxe lourdement la qualité des services disponibles. Par ailleurs, l'absence de ressources du type famille d'accueil ou foyer de groupe destinées à la clientèle anglophone oblige le placement hors-région des jeunes mésadaptés socio-affectifs ou déficients intellectuels. L'éloignement et le sentiment d'isolement qui en résulte aggravent de façon considérable les difficultés qu'auront à surmonter ces jeunes et compromettent leurs chances de réinsertion sociale.

Les organismes rencontrés traitent, d'autre part, des problèmes des personnes âgées anglophones. Généralement unilingues, celles-ci vivent souvent dans l'angoisse leurs séjours en milieu hospitalier ou en centre d'accueil. Elles éprouvent

une forte insécurité liée à leur incapacité de comprendre et de se faire comprendre. Elles souffrent aussi d'un certain isolement par rapport aux bénéficiaires francophones. Elles peuvent, certes, opter pour un établissement privé si toutefois elles acceptent ou sont en mesure d'assumer les frais supplémentaires qu'impose ce choix. Mais lorsqu'elles s'en remettent aux différents mécanismes régionaux de coordination des admissions, elles sont soumises, au dire de leurs porte-parole, à des normes bureaucratiques qui ne tiennent pas compte de l'importance de la dimension socio-culturelle dans l'évaluation des dossiers. Certains organismes ont souligné que même la réalisation de ces évaluations pose problème puisqu'il existe une pénurie de travailleurs sociaux capables de les effectuer en anglais. Les personnes âgées dont le niveau d'autonomie est suffisant pour leur permettre d'éviter l'hébergement institutionnel souffrent, pour leur part, de la pénurie de services de maintien à domicile et de la quasi-inexistence de services disponibles en anglais. Le niveau de ressources est à peine suffisant pour maintenir dans leur milieu les cas très lourds en attente de placement. Le problème est d'autant plus grave que, contrairement aux personnes âgées francophones qui obtiennent des organismes bénévoles ou communautaires des services d'accompagnement, de popote roulante ou d'entretien ménager, peu d'organismes rejoignent les personnes âgées anglophones.

En ce qui concerne les personnes handicapées intellectuelles ou celles qui souffrent de troubles mentaux, les organismes font valoir qu'elles subissent non seulement les contrecoups de la pénurie généralisée de ressources dans ces domaines mais aussi les effets conjugués de la mauvaise répartition des ressources sur le territoire et de l'insuffisance de professionnels bilingues capables de répondre à leurs besoins. On se plaint plus particulièrement de la concentration de services d'adaptation et de réadaptation dans la région de Montréal ainsi que des difficultés d'accès aux ressources du type atelier protégé.

Les organismes rencontrés signalent, par ailleurs, que la communauté anglophone, dans son ensemble, a du mal à se retrouver dans les méandres du réseau public, faute d'une information adéquate en anglais. Cela pourrait expliquer, à leur avis, la sous-utilisation des CLSC par cette communauté.

Pour les organismes représentant la communauté anglophone, le problème général des communications se pose de façon très aiguë lorsqu'il s'agit, pour les usagers anglophones, d'avoir accès aux services d'urgence et aux services de première ligne. C'est donc sur le plan local qu'il faudrait trouver des solutions. Cette question se pose avec moins d'acuité, selon eux, en ce qui concerne les services spécialisés. Dans ce cas, c'est plutôt au manque de coordination des services de référence que s'en prennent les organismes. Ils demandent que l'orientation vers les établissements qui offrent des services en anglais soit mieux assurée.

- **La pérennité des institutions traditionnellement orientées vers la clientèle anglophone**

Outre le problème de la langue, ces organismes se disent préoccupés par le fonctionnement du réseau. L'adoption d'un modèle d'organisation fondé sur un découpage strictement géographique des clientèles remet en cause l'existence de services auxquels avait accès dans sa langue la population anglophone. Le mandat territorial des établissements compromet non seulement le libre accès

de citoyens anglophones aux services là où ils sont offerts en anglais mais aussi la spécificité et l'intégrité des institutions traditionnellement soutenues par la communauté d'expression anglaise. Il n'est toutefois pas question, pour les organismes rencontrés, de favoriser la création d'un réseau parallèle d'établissements mais bien de faire en sorte que soit reconnue, par le réseau public, l'existence d'un sous-réseau constitué par les établissements distributeurs de services en anglais. Devant la rigidité des normes actuelles, la communauté anglophone revendique qu'on établisse des normes d'accès aux services adaptées à ses besoins.

Par ailleurs, certains organismes considèrent que la question de la survie des institutions de la communauté anglophone déborde le cadre des considérations relatives au statut de ces institutions dans le réseau public: elle découle du désengagement de la communauté anglophone qui s'est produit à la suite de la récupération par le réseau des activités et des services autrefois fournis par différents organismes volontaires ou religieux. Selon les porte-parole de la communauté anglophone, celle-ci a alors été privée d'un accès aux sources publiques de financement et s'est repliée sur elle-même, renonçant du même coup à défendre ses besoins au sein du système. Ces mêmes porte-parole ajoutent qu'il est grand temps de mettre un terme à ce réflexe isolationniste.

- **La participation de la communauté anglophone aux différentes structures du réseau**

Les organismes rencontrés reconnaissent que jusqu'à récemment, l'absence de dialogue entre le réseau public et la communauté anglophone a maintenu celle-ci à l'écart des structures chargées de dégager les besoins de la population et de décider des moyens à mettre en œuvre. Les organismes de la communauté anglophone se disent conscients de la nécessité de trouver des mécanismes leur permettant d'exprimer directement leurs attentes à l'endroit du système. À cet effet, ils soulignent que des discussions s'amorcent entre les représentants de cette communauté et les CRSSS de différentes régions.

Mais les organismes pensent que c'est aussi sur le plan local qu'il faut chercher les modalités susceptibles de favoriser la consultation et la participation de la communauté anglophone. Différentes hypothèses relatives à la modification de la composition des conseils d'administration des établissements ont été émises. On suggère ainsi que la composition desdits conseils devrait refléter la diversité socio-culturelle et linguistique d'une communauté donnée. D'autres suggestions renvoient plus spécifiquement aux mécanismes d'accession aux différents conseils d'administration et débordent le cadre des revendications spécifiques à la communauté anglophone (ex.: élection des membres des conseils d'administration au suffrage universel).

1.5.2 Les communautés culturelles

- **Présentation**

Les porte-parole d'une vingtaine d'organismes et associations œuvrant auprès des communautés culturelles ont répondu à l'invitation de la Commission et ont participé à une séance de travail spéciale durant laquelle ils ont exprimé leur vision des problématiques et des enjeux du système de santé et de services sociaux québécois.

Ils ont parlé au nom de Néo-québécois en provenance d'Amérique latine, d'Asie, d'Afrique et d'Europe, qu'ils soient réfugiés, immigrants ou citoyens canadiens naturalisés. À travers eux, les populations haïtienne, chilienne, chinoise, pakistanaise, cambodgienne, laotienne, japonaise, italienne, espagnole, grecque, portugaise de même que les communautés d'appartenance arabe et juive vivant au Québec ont pu faire valoir les problèmes communs qu'elles rencontrent et qui les laissent souvent en marge du système.

- **Des barrières culturelles et linguistiques tenaces**

Si des problèmes d'intégration des communautés culturelles vivant au Québec se posent dans différents secteurs de l'activité sociale — dans l'emploi, par exemple —, ils revêtent des formes particulières lorsqu'on les considère sous l'angle de l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux. Selon les organismes rencontrés, l'existence de barrières linguistiques et culturelles empêchent les membres de ces communautés de retirer du système les avantages que confère à l'ensemble de la collectivité québécoise la reconnaissance des principes d'accessibilité, de gratuité et d'universalité des services de santé et des services sociaux.

On souligne ainsi que l'information est rarement — sinon jamais — disponible dans une langue autre que le français ou l'anglais. Or, poursuit-on, un service qui n'est pas connu ne constitue pas, à proprement parler, un service accessible. On ne saurait, par conséquent, s'attendre à ce qu'il soit utilisé.

Les organismes décrivent ensuite le manque de sensibilité des différents intervenants du réseau face aux besoins spécifiques des communautés culturelles. Outre les attitudes qui traduisent parfois un manquement aux plus élémentaires règles de courtoisie et de politesse, les représentants des communautés culturelles soulignent que certaines particularités telles que les croyances ou les habitudes alimentaires de ces dernières ne sont pas prises en compte par les établissements. Les soins et les services semblent ainsi conçus de manière purement abstraite et livrés sans grand effort d'humanisation.

Pour les organismes rencontrés, la faible réceptivité dont le réseau a fait preuve jusqu'à ce jour à l'endroit des attentes des communautés culturelles peut, en partie du moins, être imputée à la rareté du personnel d'origines ethniques diverses au sein des établissements. La composition du personnel des établissements ne reflète guère, en effet, la composition ethnique des quartiers ou des territoires à desservir.

Par ailleurs, certains services ont quand même été développés par le réseau pour répondre aux besoins des communautés culturelles. On souligne toutefois que même alors, leur accessibilité se trouve réduite en raison de la tendance à l'hyper-concentration des services destinés à ces communautés dans quelques établissements. De nombreux bénéficiaires ont ainsi été contraints de quitter leur milieu naturel pour avoir accès à des services dans leur langue ou encore à des services plus respectueux de leur culture. Ce problème est, semble-t-il, particulièrement ressenti par les personnes âgées qui doivent faire appel aux services d'hébergement et de soins prolongés de même que par les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. On souligne cependant que même cet accès réduit risque d'être compromis en raison de l'application du principe de la « territorialité » des services.

Au dire des porte-parole des communautés culturelles, celles-ci sont enfermées dans un véritable cercle vicieux : d'une part, elles n'utilisent pas les services avec la même fréquence que le reste de la population québécoise, soit parce qu'elles ne les connaissent tout simplement pas, soit parce qu'elles sont insatisfaites de l'accueil qui leur est réservé ; d'autre part, les établissements ne jugent pas prioritaires la création et le développement de services adaptés aux besoins des communautés culturelles invoquant tantôt le manque de ressources, tantôt le volume insuffisant des demandes reçues. Les organismes rencontrés ajoutent toutefois que le réseau ne s'est pas vraiment donné les moyens d'aller recueillir ces demandes puisque les structures participatives et consultatives mises en place ne prévoient généralement aucun mécanisme susceptible d'assurer de manière permanente la présence de représentants des communautés culturelles. Celles-ci ne sont de plus que faiblement représentées dans les conseils d'administration des établissements du réseau, ce qui diminue d'autant leurs chances de transmettre et de faire valoir directement leurs besoins auprès des décideurs.

- **Une marginalisation entretenue par le système**

Les porte-parole des communautés culturelles soulignent que ce manque de réceptivité du réseau a entraîné la mise sur pied d'un véritable réseau parallèle de services qui répondent aux besoins les plus pressants de la population néo-québécoise. Ils ajoutent toutefois que l'existence de ce « réseau » constitue une arme à double tranchant. D'une part, cette situation permet certes aux membres des communautés culturelles d'avoir accès à des services non disponibles dans le réseau. Mais, d'autre part, elle retarde l'intégration des communautés culturelles à la société québécoise et favorise le repli de ces communautés sur elles-mêmes. Plus encore, elle renforce la tendance du réseau à se décharger de ses responsabilités vis-à- vis de ces dernières. On mentionne ainsi que plutôt que de développer des services tenant compte des besoins des réfugiés, par exemple, le réseau se contente d'orienter ces derniers vers les organismes issus des communautés culturelles qui, eux, offrent des services de dépannage, de counselling, d'accompagnement, de traduction ou d'interprètes.

Les organismes ajoutent que le réseau recourt donc abondamment à leurs services mais sans les associer à la définition des orientations et aux actions destinées aux communautés culturelles. Par surcroît, ces services se trouvent toujours à la limite de la survie puisqu'aucun financement adéquat ne leur est assuré. À cet égard, les organismes admettent que la qualité des services offerts peut difficilement être maintenue, d'autant plus qu'ils sont parfois sollicités dans des domaines qui dépassent leur compétence (ex. : santé mentale).

- **Un dialogue qui s'amorce**

Jusqu'à récemment, disent les représentants des communautés culturelles, les résistances auxquelles celles-ci se heurtaient quand elle réclamaient une accessibilité réelle aux services publics venaient de toutes parts : aucune campagne n'était entreprise afin de sensibiliser le personnel en place dans les établissements aux besoins des communautés culturelles ; le manque de flexibilité des politiques d'embauche et des conventions collectives empêchait l'accroissement du personnel qualifié issu des communautés culturelles au sein des établissements ; des mesures telles la création de postes d'agents de liaison qui auraient favorisé — comme l'expérience de certains CLSC le démontre — une plus grande utilisation des services par les communautés culturelles n'étaient appliquées que par de rares

établissements, les autres invoquant la rareté des ressources pour retarder l'implantation de programmes orientés vers ces communautés; même lorsque des fonds auraient été disponibles, l'absence de budgets protégés ou réservés au prorata des communautés culturelles dans la population entraînait généralement le refoulement de ces programmes au bas de la liste des priorités identifiées par chaque établissement.

Dans un tel contexte, les représentants des communautés culturelles considèrent avec grand intérêt les efforts entrepris par le Conseil de la santé et des services sociaux du Montréal Métropolitain en vue d'assurer l'accessibilité aux services et l'adaptation de ces derniers aux besoins spécifiques des communautés culturelles. Selon eux, un dialogue nouveau s'instaure, contribuant à la sensibilisation des différents intervenants et, par là, à la recherche de solutions pour vaincre les résistances soulignées précédemment.

1.5.3 Les familles

◆ **Présentation**

Les organismes familiaux ont soumis 16 représentations écrites et ont été entendus à six reprises par la Commission. Certains de ces organismes gravitent autour des structures diocésaines, dont ils prolongent et perpétuent l'action auprès des familles, tandis que d'autres rendent compte des nouvelles formes d'organisation et des nouveaux besoins des familles.

Qu'ils interviennent au nom des familles nucléaires, monoparentales, éclatées, reconstituées, retrouvées, adoptives ou en quête d'enfants à adopter, ces organismes insistent cependant tous sur l'importance de reconnaître certains droits: droits des enfants dans les situations de divorce ou de désunion, droits des parents face à l'invasion de la sphère privée par le système public, droits des familles face à une société qui ne leur donne plus les moyens d'exercer leurs responsabilités, etc. En ce sens, ces organismes posent directement la question des choix de société à effectuer dans un cadre qui déborde largement le seul champ des services de santé et des services sociaux.

◆ **Un objectif central: l'adoption d'une politique familiale globale**

Toute politique de santé et de services sociaux doit être élaborée en relation étroite avec une politique familiale globale: tel est l'essentiel du message livré par les organismes familiaux. Le système public doit certes continuer d'être gouverné par les grands principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité des services mais ceux-ci doivent à leur tour s'inscrire dans une approche multisectorielle qui favorise le plein épanouissement des familles. La promotion de la santé et du mieux-être suppose ainsi que les familles soient soutenues économiquement, qu'elles aient accès à des logements adéquats, qu'elles vivent dans un environnement sain, etc.

Seul ce décloisonnement des interventions en matière de santé et de services sociaux pourra permettre aux familles de jouer à fond leur rôle d'« auxiliaires » de la santé et du mieux-être. L'État doit donc assurer la promotion de structures communautaires et sociales qui supportent la volonté des familles de se prendre en charge, dans ce domaine comme dans les autres. Dans ce contexte, les services ne sont envisagés qu'en tant que moyens d'aider et de protéger les familles; ils ne doivent en aucun cas servir de prétexte à la diffusion et à l'imposition d'un modèle uniforme de pratiques et d'interventions sociales. On ne nie donc

pas le rôle supplétif de l'État sauf que l'on tient à ce qu'il s'exerce sur la base d'une reconnaissance de la co-responsabilité de l'État et des familles dans l'organisation et l'évolution du système de santé et de services sociaux.

- **La famille, une réalité négligée par les services de santé et les services sociaux**

Les carences observées sur le plan des services concernent à la fois le manque de services et les orientations des services effectivement disponibles. Les organismes familiaux s'entendent certes sur la nécessité de développer et de compléter l'infrastructure des services de santé et des services sociaux mais encore faut-il, selon eux, que ces services correspondent aux besoins des familles. Or, les services offerts aujourd'hui sont largement insatisfaisants à cet égard. Leur approche curative et fragmentée fait que l'on intervient trop tard et qu'on oublie de « penser famille » en s'adressant aux individus indépendamment des réseaux relationnels dans lesquels ils se situent. On traite ces individus sans prendre en considération les forces et les faiblesses de leur environnement et sans tenter d'agir sur elles. Les familles ne sont ainsi jamais en mesure de bénéficier d'interventions qui leur permettraient de prévenir les situations de crise ou encore de participer activement à la résolution de celles-ci.

L'absence de programmes axés sur la famille et de services à caractère préventif se fait particulièrement sentir dans les services sociaux. On juge ainsi fort éloquent le fait qu'un nombre croissant de familles se tourne vers les médecins pour des services relevant pourtant bien davantage du counselling conjugal ou familial : puisque les services sociaux publics ne répondent pas à ce besoin et que de nombreuses familles n'ont pas les moyens de recourir aux bureaux privés offrant des services de consultation matrimoniale, il s'agit souvent là du seul recours véritable des familles en difficulté.

De manière plus spécifique, les organismes déplorent l'inaptitude du système à proposer des interventions adéquates auprès de ces couples en difficulté ou des familles en voie de rupture, auprès des familles au sein desquelles se détériore la relation parents-enfants, auprès des jeunes sans emploi, plus ou moins coupés de leur famille, ou encore auprès des personnes âgées privées du soutien jadis offert par la famille élargie. Tout aussi inefficaces sont jugées ses interventions dans les situations de violence conjugale, de suicide ou de tentative de suicide d'un des membres de la famille ou lorsqu'il s'agit de mettre en place des services collectifs adaptés aux besoins des familles comme des services de garde.

- **La famille, une institution avec laquelle il faut compter**

Animés par la recherche d'une qualité de vie globale, les organismes familiaux souhaitent une modification progressive des orientations du système et un assouplissement de son fonctionnement. Plus encore, ils veulent être partie prenante de cette évolution. C'est avec insistance que les organismes ont réclamé une représentation accrue des familles au sein des différentes instances décisionnelles et consultatives du réseau. Celui-ci doit s'ouvrir à l'apport tant des actions communautaires que des réseaux naturels. Il doit les soutenir en renonçant du même coup à toutes velléités de centralisation des décisions relatives à l'orientation et aux modalités de distribution des services. Il doit, par ailleurs, renoncer au traitement sectoriel des questions familiales et adopter une approche globale. On s'en prend alors à la déshumanisation actuelle des services, à la

prépondérance de la dimension curative dans les interventions, à l'absence de valorisation des « communautés de vie » dans la prise en charge des problèmes.

Le développement d'une approche globale suppose de plus que les différents intervenants apprennent, eux aussi, à « penser famille ». À ce sujet, les organismes familiaux mettent le doigt sur les carences observées dans la formation des ressources humaines mais aussi sur certaines conditions de pratique qui nuisent à la constitution d'équipes multidisciplinaires capables d'intervenir de manière moins fragmentaire. Ainsi, la rémunération à l'acte des médecins est à plusieurs reprises évoquée comme un des obstacles majeurs.

◆ **Un problème particulier : l'adoption**

Le thème de l'adoption a maintes fois été abordé lors de la consultation. Des parents adoptifs ont émis des critiques sévères à l'endroit de la marge de manœuvre que s'arrogent certains travailleurs sociaux dans leurs démarches pour réunir enfants adoptés et parents naturels. Pour ces parents, l'inaction du Secrétariat à l'adoption et le laxisme dont feraient preuve certains CSS dans l'interprétation des lois et des règlements touchant l'adoption créeraient un climat permanent d'incertitude et menaceraient inutilement l'équilibre des familles adoptives. De manière plus spécifique, c'est au non-respect de la vie privée des familles et de la confidentialité des dossiers d'adoption que l'on s'en prend.

Par ailleurs, certaines associations s'opposent à ce que le principe de la confidentialité des dossiers d'adoption et des dossiers médicaux serve à nier le « droit aux origines ». Parlant au nom des personnes adoptées et des parents naturels, elles réclament, au contraire, un accès plus grand aux informations contenues dans les dossiers d'adoption.

Pour leur part, les requérants en adoption internationale soulignent le manque de collaboration des différentes instances impliquées dans ce processus : CSS, Secrétariat à l'adoption, services d'immigration canadien et québécois, associations d'adoptants. La lenteur observée dans l'évaluation des dossiers, les tentatives de dissuasion de la part tant des travailleurs sociaux que des fonctionnaires du Secrétariat à l'adoption, l'imposition arbitraire de quotas et l'assujettissement des objectifs poursuivis en matière d'adoption aux impératifs de la politique internationale des gouvernements en place forcent de nombreux parents à recourir aux mécanismes privés d'adoption. Là comme ailleurs, les couples et les familles semblent donc subir les contrecoups de l'insensibilité relative du système à l'endroit de leurs besoins propres aussi bien que du caractère inadéquat des services existants.

1.5.4 Les femmes

◆ **Présentation**

Plus de 40 regroupements de femmes ont soumis des représentations dans le cadre de la consultation portant sur les problématiques et les enjeux du système de santé et de services sociaux. Une trentaine de séances de travail ont aussi permis à différents groupes d'exposer les besoins et les attentes des femmes. Il s'agissait tantôt d'associations panquébécoises, tantôt d'organismes à caractère régional ou local, tantôt encore de ressources alternatives créées par les femmes (ex. : centres de santé pour les femmes, centres de femmes, maisons d'hébergement). Cette variété des formes de regroupement et d'organisation constitue une manifestation tangible de la diversité des discours, des centres d'intérêts et des modes d'intervention développés par les femmes.

- **Les femmes et la pauvreté**

Les regroupements de femmes établissent un lien direct entre l'appauvrissement collectif des femmes et la détérioration de leur santé physique ou mentale. Certains d'entre eux abordent cette question sous l'angle de l'isolement et de la non-reconnaissance financière du travail des femmes à la maison. Se sentant bien souvent dévalorisées et privées d'autonomie, celles-ci sont sujettes à la morosité, à la dépression ou à la surconsommation d'alcool et de médicaments.

D'autres organismes associent l'insuffisance des revenus à la malnutrition et aux mauvaises conditions de logement qui sont notamment le lot des femmes cheffes de familles monoparentales. En raison de l'insuffisance des équipements collectifs (ex. : garderies), celles-ci doivent le plus souvent renoncer à occuper un emploi rémunéré et dépendre des seules prestations d'aide sociale.

On signale de plus que les femmes n'ont pas les mêmes chances que les hommes d'accéder à un travail bien rémunéré ou tout simplement rémunéré. Celles qui se montrent désireuses d'intégrer le marché du travail se heurtent à la persistance de la discrimation dans l'emploi. D'autres s'engagent dans un travail bénévole qui, à défaut de leur offrir une rémunération, leur permet de contribuer au développement de leur collectivité. C'est d'ailleurs parmi les femmes qu'est recrutée la majorité des effectifs bénévoles dans le domaine de la santé. Cette situation inquiète plusieurs organismes puisqu'elle se produit dans un contexte marqué à la fois par la désinstitutionnalisation et les compressions budgétaires. Sans remettre en question le bien-fondé de la réinsertion sociale de la clientèle institutionnalisée, ces organismes craignent que ce mouvement ne repose que sur un recours massif au bénévolat des femmes. Les soins et les services livrés bénévolement risqueraient alors de servir de substitut à ceux que l'État offre actuellement. Ces mêmes organismes craignent aussi que la concentration des femmes dans des activités bénévoles ne fasse du bénévolat un nouveau ghetto auquel les femmes seraient confinées et fasse oublier l'urgence de mettre en œuvre de véritables programmes d'accès des femmes à l'égalité sociale et économique.

L'ensemble des organismes s'entend par ailleurs sur la nécessité d'agir sur les conditions générales de vie des femmes et sur l'importance d'établir une politique d'ensemble cohérente en matière de santé et de mieux-être social qui tienne compte de ces conditions.

- **Les attentes des femmes à l'endroit du réseau**

Pour les porte-parole des organismes rencontrés, cette politique d'ensemble suppose une réorganisation du système de santé et de services sociaux, réorganisation qui doit s'inspirer d'une approche globale, préventive, multidisciplinaire et inter-sectorielle. Elles souhaitent aussi que soit admise une plus grande diversité tant des ressources que des pratiques. Elles déplorent la bureaucratisation, la standardisation, la rigidité et l'uniformité de règles dont l'application tend à nier l'existence de problèmes spécifiques aux femmes et la nécessité de rechercher des solutions véritablement adaptées aux besoins réels de ces dernières. Elles s'interrogent de plus sur le fait que le réseau ne reconnaisse que certains modes d'intervention et que certaines pratiques. Plusieurs organismes considèrent, à cet effet, que le système public doit non seulement accroître le volume des services offerts mais aussi s'ouvrir aux médecines douces et aux

pratiques alternatives (ex. : la pratique des sages-femmes), aux réseaux d'entraide et aux ressources communautaires. Le réseau doit donc se transformer et repenser ses pratiques à la lumière des attentes formulées par les femmes. Il doit, par ailleurs, admettre l'existence d'une gamme de ressources plus diversifiée que celle qu'il met à la disposition des femmes. Selon ces organismes, ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible d'offrir aux femmes le choix des services et des pratiques correspondant à leurs besoins.

Les porte-parole des femmes constatent que cette liberté de choix est fortement compromise à l'heure actuelle en raison de l'insuffisance des services offerts et des problèmes d'accessibilité afférents mais aussi en raison de la teneur des pratiques admises qui entretiennent la dépendance des femmes par rapport aux services existants. Elles critiquent la médicalisation abusive des cycles de vie des femmes (puberté, maternité, ménopause, etc.). Selon elles, cette situation résulte de la tendance de la médecine actuelle à privilégier les interventions à caractère curatif et les pratiques médicales sur-spécialisées. L'approche morcelée caractéristique de cette médecine de même que le peu de prise qu'ont les femmes sur les mécanismes de contrôle des actes médicaux posés ou des médicaments prescrits viennent encore diminuer l'emprise des femmes sur leur corps, leur santé et leur mieux-être. Étant donné la déficience des modes de participation des usagers à l'évaluation des services, les femmes ne parviennent guère à exprimer leurs besoins au sein du système. Ni écoutées ni informées quant à la nature de leurs propres problèmes ou sur les conséquences des traitements proposés, elles se sentent maintenues dans un état de passivité et d'ignorance qui non seulement entraîne la réapparition chronique de leurs problèmes mais augmente, du même coup, la fréquence du recours des femmes aux services, leur dépendance vis-à-vis des professionnels et des médicaments.

Certains groupes replacent cette dépendance dans le cadre plus large d'une relation de pouvoir entre les hommes-médecins et les femmes-patientes : profondément inégalitaire, paternaliste et sexiste, cette relation fondée sur la soumission des femmes empêcherait chez ces dernières l'émergence d'une pratique d'affirmation de soi et d'autonomie, le développement d'un sens critique et d'une capacité d'exercer des choix quant aux traitements ou aux interventions proposés. Cette dépendance est perçue comme une manifestation concrète de l'inégalité des rôles sociaux et de la domination qu'exercent là comme ailleurs les hommes sur les femmes.

Toutefois, les représentantes de ces mêmes groupes sont conscientes que la féminisation de la profession médicale ne peut à elle seule résoudre ces problèmes. En effet, ce qu'elles remettent en cause, c'est la nature même de la formation reçue par les médecins, qu'ils soient hommes ou femmes. Cette formation valorise, selon elles, de manière trop absolue l'expertise professionnelle et le savoir médical et, en corollaire, déprécie les savoirs et savoir-faire « traditionnels » des femmes. Sont ainsi niées les connaissances nées de l'expérience pratique des femmes pourtant principales utilisatrices des services de santé, premières responsables de la santé au sein de la famille et constituant la majorité du personnel affecté aux soins à la clientèle en milieu institutionnel.

- **Les femmes face à la périnatalité et à la contraception**

Les organismes rencontrés font valoir les insatisfactions multiples ressenties par les femmes devant les services et les approches utilisées dans les domaines de la périnatalité et de la contraception. Selon leurs porte-parole, les femmes s'inquiètent des recours de plus en plus fréquents aux pratiques médicales « dures » telles que la césarienne, l'épisiotomie, la ligature des trompes et l'hystérectomie. Elles s'en prennent aussi à l'invasion massive des nouvelles technologies tant lors du déroulement de la grossesse (ex. : multiplication des échographies) que dans les recherches en matière de fécondité et de reproduction. Elles insistent d'ailleurs sur la nécessité d'un débat public sur les questions d'ordre éthique et social posées par l'apparition de nouvelles techniques de manipulations génétiques et embryonnaires (ex. : reproduction in vitro) sur lesquelles les femmes n'ont aucune prise puisqu'elles ne sont ni consultées ni partie prenante aux décisions relatives à l'orientation des recherches et à l'application de leurs résultats.

Sans nier les progrès enregistrés en matière de périnatalité, les organismes rencontrés déplorent la tendance qui consiste à n'envisager la maternité que selon une approche médicale et institutionnelle. D'une part, le rôle social de la maternité et, plus largement, l'ensemble des fonctions parentales ne sont guère valorisés ou reconnus sur le plan socio-économique ; d'autre part, la grossesse et l'accouchement sont progressivement niés en tant que processus normal et commandent dès lors des interventions de plus en plus spécialisées et soumises au contrôle des professionnels. Si les porte-parole de ces organismes admettent l'utilité de cette approche dans le cas des grossesses à risques élevés, elles en questionnent néanmoins la généralisation. Plusieurs d'entre elles ont ainsi manifesté leur intérêt pour la pratique des sages-femmes, les maisons de naissance ou encore l'accouchement à domicile. Toutes reconnaissent la nécessité d'humaniser les soins et les services entourant la grossesse et l'accouchement. Elles pensent entre autres que les règles relatives à la cohabitation mère-enfant en milieu hospitalier devraient être assouplies ou encore qu'on devrait accroître le support psychosocial aux femmes enceintes ou nouvellement accouchées. Le développement de services prénatals et post-natals (ex. : services d'aide aux femmes enceintes, de soutien à l'allaitement, etc.) de même qu'une plus grande facilité d'accès aux services gynécologiques sont aussi souhaités.

Par ailleurs, les organismes abordent sous différents angles la question de l'avortement. Pour certains, il s'agit là de la conséquence ultime des carences du système en matière d'éducation sexuelle, de services de planning familial et de support tant financier que moral aux femmes enceintes. D'autres réclament l'abrogation de la loi canadienne sur l'avortement et l'abolition des comités d'avortement thérapeutique qui, lorsqu'ils existent, fonctionnent le plus souvent comme de mini-tribunaux. Plusieurs dénoncent, de plus, la résistance des milieux hospitaliers à l'implantation de services d'avortement et les difficultés d'accès à ces services en région. On se plaint de ce que les femmes du Québec et particulièrement celles des régions éloignées doivent assumer des coûts importants (ex. : frais de gardiennage, frais de déplacement, pertes de salaire, etc.) pour obtenir un avortement. Selon ces organismes, les femmes doivent trop souvent se tourner vers les cliniques privées, seules ressources disponibles dans certains cas, qui leur imposent des frais élevés pour une qualité de services incertaine.

De manière plus générale, les porte-parole des groupes rencontrés reconnaissent presque unanimement qu'il appartient aux femmes de décider de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse. Certaines d'entre elles n'envisagent toutefois cette solution que comme l'aboutissement ultime d'une démarche qui permettrait aux femmes d'avoir en main toute l'information concernant les autres choix possibles. Elles insistent en effet sur l'importance qu'il y a pour les femmes d'être soutenues dans leur cheminement, d'être informées sur les ressources existantes ou sur les formes d'aide dont elles pourraient bénéficier si elles menaient leur grossesse à terme et, dans le cas contraire, d'être orientées vers des services d'avortement de qualité.

- **La violence faite aux femmes: une réalité qui perdure**

Autre thème largement abordé: la violence. Les porte-parole des femmes déplorent l'incapacité du système à agir sur les causes des différentes formes de violence que les femmes subissent. Selon elles, l'absence de services préventifs se combine ici à l'inertie et à l'incohérence des gouvernements qui, d'un côté, criminalisent la violence conjugale et les agressions à caractère sexuel et, de l'autre, hésitent à contrôler la diffusion de matériel pornographique. À cet égard, certains organismes soulignent l'impact de la vidéo, qui rend possible un accès « discret » à ce matériel, de même que la persistance des stéréotypes et des images dégradantes des femmes véhiculées par les média. À leur avis, ces phénomènes contribuent directement à la multiplication des actes de violence posés par les hommes à l'endroit des femmes et expliquent, dans une large mesure, l'apparition de comportements violents chez les jeunes.

Par ailleurs, les organismes constatent l'insuffisance des ressources tant institutionnelles que communautaires en mesure d'accueillir et de protéger les femmes violentées ou d'intervenir rapidement dans les situations d'urgence sociale. Ces ressources apparaissent particulièrement déficientes en milieu rural et dans les régions éloignées où, en dépit des proportions alarmantes atteintes par le phénomène de la violence faite aux femmes, ces dernières s'y retrouvent encore plus isolées qu'ailleurs en raison de la concentration des services dans les grands centres urbains, des distances à parcourir pour accéder aux services existant en région ou encore du repli de certaines communautés sur elles-mêmes.

Les porte-parole des maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence déplorent l'incompréhension manifeste dont les professionnels du réseau font preuve à l'égard des femmes qui subissent les assauts répétés de leur conjoint sans toutefois se résoudre à quitter le domicile conjugal. Nombre de femmes hésiteraient même à se confier à ces professionnels qui, d'une part, sous-estiment le poids des rapports affectifs persistants entre les conjoints et, d'autre part, négligent les craintes suscitées par la perspective d'un démantèlement de la famille: crainte de l'insécurité financière associée à l'abandon du conjoint, crainte de l'inconnu et de la rupture avec l'environnement familier, crainte surtout pour les enfants dont on ignore ce qu'il adviendra.

Les maisons d'hébergement ajoutent que le réseau s'avère particulièrement inefficace sur le plan du suivi et de la protection offerte aux femmes qui en ont besoin. Ainsi, les services sociaux n'interviennent qu'à partir du moment où la violence du conjoint se tourne aussi vers les enfants du couple. Les femmes se retrouvent, quant à elles, livrées à elles-mêmes. Rien ne les prémunit contre

les diverses formes de harcèlement — physique et psychologique — qui peuvent s'exercer sur elles bien longtemps après qu'elles aient quitté leur conjoint.

- **Les ressources créées par les femmes**

L'insatisfaction des femmes à l'endroit du réseau les a amenées à développer des services et à créer des ressources adaptées à leurs besoins spécifiques : maisons d'hébergement et de transition pour les femmes victimes de violence, centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, centres de santé pour les femmes, centres de femmes, etc.

Ces ressources proposent aux femmes non seulement une gamme diversifiée de services mais aussi des modèles d'intervention sensiblement différents de ceux qui prévalent au sein du réseau. Elles s'inscrivent en fait dans une perspective de démédicalisation, de déprofessionnalisation et de désexisation des pratiques. L'option en faveur d'une approche préventive s'y traduit de plus par l'importance accordée aux activités de formation et d'apprentissage : les femmes ne sont alors plus perçues comme de simples consommatrices passives de services mais bien comme des personnes responsables engagées dans une démarche devant mener à une prise en charge collective et individuelle de la santé et du mieux-être.

Les centres de santé pour les femmes et les centres de femmes se proposent ainsi de favoriser l'auto-santé, l'égalité, l'autonomie, le partage et le développement de liens de solidarité entre les femmes sur la base de leurs problèmes communs. Il s'agit pour eux de stimuler la capacité d'innover et la créativité des femmes tant en matière de santé que de développement personnel et social.

D'autres ressources telles les maisons d'hébergement constituent des milieux de vie temporaires et transitoires pour les femmes en difficulté. Celles-ci y retrouvent une atmosphère sécurisante, entourées qu'elles sont de femmes qui partagent leurs problèmes et avec lesquelles elles peuvent avoir des échanges ouverts. Elles peuvent de plus y être hébergées avec leurs enfants.

Par ailleurs, les efforts déployés par les femmes en vue de créer et de gérer leurs ressources se heurtent, selon les organismes rencontrés, à différents obstacles : non-reconnaissance, sous-financement, tentatives de récupération par le réseau institutionnel, etc. On insiste tout particulièrement sur le manque de collaboration entre le réseau et ces ressources qui offrent pourtant aux femmes certains services essentiels non disponibles dans le réseau et pour lesquels existe une demande croissante. Il existe certes au sein du réseau des professionnelles soucieuses d'entretenir des rapports étroits avec les intervenantes des ressources communautaires, mais leurs échanges s'établissent le plus souvent sur une base individuelle. Existent de plus des rapports qui traduisent la volonté du réseau de tirer profit, sans véritable contrepartie, dit-on, de l'expérience acquise par ces ressources. Le caractère unilatéral de ces rapports étonne d'autant plus les porte-parole des organismes rencontrés que celles-ci estiment que le rôle de suppléance exercé par les ressources communautaires commanderait, à tout le moins, un certain soutien de la part du réseau.

En l'absence d'une collaboration efficace, plusieurs organismes se demandent s'il ne serait pas souhaitable de renoncer à suppléer aux carences du réseau

et de réclamer de celui-ci qu'il assume enfin ses responsabilités à l'endroit des femmes. Dans cette optique, certains des services présentement offerts par les ressources communautaires devraient alors être pris en charge par le réseau public, ce qui permettrait du même coup aux femmes qui œuvrent dans ces ressources d'investir davantage dans le développement de pratiques et d'interventions à caractère préventif. Plutôt que de consacrer l'essentiel de leur énergie à colmater les brèches du réseau, elles pourraient alors orienter plus librement leurs activités.

1.5.5 Les jeunes

- **Présentation**

Les groupes de jeunes et les organismes communautaires jeunesse tels les maisons de jeunes ont brossé un tableau assez sombre des problèmes vécus par les moins de trente ans. Lors d'une trentaine de séances de travail et à travers un nombre équivalent de représentations écrites, les porte-parole de ces organismes ont abordé ces problèmes en les reliant à l'ensemble des facteurs individuels, familiaux et sociaux qui conditionnent ou influencent la situation des jeunes.

- **La déficience des mécanismes d'intégration des jeunes à la société**

Plusieurs représentations ont insisté sur les conséquences de l'effritement des valeurs et de l'instabilité du contexte familial. Cet éclatement crée un climat d'insécurité et parfois même de violence qui fait se multiplier les cas de fugue, d'enfants mal aimés, maltraités ou abusés. La détérioration de la relation parents-enfants prend, dit-on, des formes tellement aiguës qu'elle engendre chez les enfants et les jeunes des troubles de comportement, des problèmes d'ordre psychologique ou encore des maladies diverses.

Par ailleurs, les organismes communautaires jeunesse relèvent les multiples difficultés d'intégration des jeunes à la société. Ils constatent, par exemple, le désintéressement d'un nombre important de jeunes à l'endroit de l'institution scolaire : le phénomène du décrochage prend de l'ampleur, gonflant les rangs des jeunes sous-scolarisés et parfois même analphabètes. Le caractère inadéquat ou incomplet de leur formation rend à son tour difficile l'obtention d'un emploi par ces jeunes, ce qui prolonge leur dépendance vis-à-vis de leur famille et, dans bien des cas, du bien-être social. Les jeunes sont alors vite confrontés à la pauvreté, à la sous-alimentation, à la vie dans des logements plus ou moins salubres et, ultimement, à l'itinérance.

Selon les organismes rencontrés, les difficultés d'intégration au marché du travail sont particulièrement importantes pour les jeunes des milieux ruraux et des régions éloignées. Il s'ensuit un exode rural massif que les organismes du type Action-travail tentent de freiner en fournissant aux jeunes des moyens d'accroître leur « employabilité » et en redynamisant, à travers des stratégies concertées, leur communauté respective.

On souligne, par ailleurs, les malaises éprouvés par les jeunes devant la rigidité des structures de loisirs organisés. Ceux-ci sont désertés mais sans que les jeunes puissent compter sur un nombre suffisant de lieux de rencontres informels (ex. : maisons de jeunes) au sein desquels ils puissent échanger, se rencontrer, organiser leurs propres activités, etc. La rareté et la fragilité de tels lieux font en sorte que les jeunes parviennent difficilement à développer un sentiment d'appartenance tant envers les autres jeunes qu'envers la collectivité.

De l'avis des groupes rencontrés, celle-ci n'offre d'ailleurs aux jeunes que peu d'occasions de participer aux décisions ou de se sentir concernés. Les jeunes sont ainsi trop souvent tenus en marge de la société.

Certains organismes abordent alors les problèmes associés à la « démotivation » qui résulte de cette marginalisation et de l'aliénation sociale des jeunes. Prostitution, délinquance, alcoolisme, toxicomanie et suicide constituent tous des phénomènes dont l'augmentation marquée chez les jeunes traduit le mal de vivre et la fuite de ces derniers dans des actions et des comportements « déviants ».

- **Des services mal adaptés aux réalités vécues par les jeunes**

Malgré l'ampleur et la gravité des problèmes décrits, la sous-utilisation des services de santé et des services sociaux publics par les jeunes n'est toutefois pas jugée aussi paradoxale qu'elle le semble de prime abord. Les organismes soulignent en effet que les jeunes, lorsqu'ils ont affaire au réseau institutionnel, se sentent mal à l'aise, non écoutés, non consultés et, là comme ailleurs, dévalorisés. Les jeunes ignorent même parfois l'existence de services auxquels ils pourraient recourir en cas de besoin. On critique le peu d'efforts consentis par le réseau afin de rapprocher les services des milieux de vie des jeunes, là où les problèmes surgissent. Les professionnels du réseau se contentent trop souvent, dit-on, d'attendre les jeunes derrière leurs bureaux et d'adopter une attitude et des pratiques rigides collant bien davantage au découpage des divers champs d'exercice professionnel qu'aux besoins diversifiés ou aux réalités socio-culturelles des jeunes.

On s'en prend aussi au cloisonnement et à la lourdeur bureaucratique des services. De plus, on juge que le manque de diversité des ressources et de flexibilité des programmes ou des approches retenues par les professionnels du réseau contribuent à accroître la méfiance des jeunes à l'endroit d'un système « sur-institutionnalisé » et « sur-professionnalisé ». En conséquence, trop de jeunes sont livrés à eux-mêmes jusqu'à ce qu'ils développent des comportements déviants ou qu'ils se retrouvent en situation d'urgence sociale absolue, au bord du suicide par exemple. Plusieurs organismes — les maisons de jeunes, en particulier — considèrent toutefois que même dans ces situations, les services apparaissent mal adaptés aux besoins des jeunes. Ils illustrent ce constat en décrivant le type d'intervention pratiqué à l'intérieur des services sociaux : il s'agit, selon eux, d'une intervention dépersonnalisée, hiérarchisée et, de surcroît, moralisatrice qui non seulement coupe le jeune de son milieu mais utilise parfois des méthodes coercitives. Les organismes de jeunes précisent toutefois que ces tendances s'organisent au sein d'un cadre légal et institutionnel qui détermine, au-delà de la volonté individuelle des intervenants, les modalités de la prise en charge des jeunes par le réseau. Selon eux, les jeunes n'auraient pourtant besoin, dans bien des cas, que d'établir avec les intervenants une relation simple et basée sur un rapport de confiance mutuelle pour que soit nettement améliorée l'efficacité des services sociaux.

Les organismes rencontrés se préoccupent aussi de l'absence de complémentarité des services offerts aux jeunes. Ils constatent notamment les difficultés que semblent éprouver le MSSS et le MEQ à convenir d'ententes susceptibles de rendre les services plus accessibles aux jeunes en milieu scolaire.

Certains font ressortir les conséquences d'une complémentarité qui tarde toujours à s'établir entre ce même réseau et les organismes communautaires dans le cadre des programmes ministériels d'intégration sociale des jeunes en difficulté socio-économique (ex. : jeunes volontaires, travaux communautaires) et des jeunes contrevenants. Dans ce dernier cas, la loi prévoit que des organismes communautaires agissent à titre d'organismes référents chargés de parrainer les jeunes qui, en vertu des mesures de rechange ordonnées par le tribunal, y effectuent un travail bénévole compensatoire.

Les organismes s'interrogent toutefois sur l'efficacité actuelle de ce programme. On souligne tout particulièrement la lenteur avec laquelle les jugements sont appliqués et la faible collaboration offerte aux organismes par le réseau judiciaire de même que par le réseau de la santé et des services sociaux. Les programmes de déjudiciarisation et d'intégration sociale font aussi l'objet de critiques en raison de leur impact sur les ressources communautaires qui doivent alors sans cesse ajuster leurs propres finalités aux objectifs poursuivis par lesdits programmes

- **Pour une politique globale de la jeunesse**

Les organismes rencontrés s'opposent en fait à toute tentative de récupération de leur action par le réseau institutionnel. Ils souhaitent certes être consultés davantage, soutenus financièrement ou techniquement par le réseau dans la mesure où leurs services pallient les carences observées au sein de ce dernier tant en matière de prévention ou d'éducation que sur le plan des interventions en situation de crise. Mais l'action des organismes doit continuer d'obéir à sa propre dynamique de manière à en préserver la flexibilité et la capacité d'intervention rapide. Certains organismes tels les maisons de jeunes jugent que cette autonomie serait plus facile à consolider si l'ensemble des budgets reliés à la situation des jeunes étaient centralisés. Bien qu'ils réclament une décentralisation des services, la création d'une enveloppe globale par les différents ministères concernés leur semble moins inquiétante que la perspective d'une décentralisation vers les CRSSS des budgets destinés aux ressources communautaires et bénévoles de chacune des régions. Selon eux, agir en ce sens risquerait de rendre le développement des ressources pour les jeunes tributaire d'enjeux sectoriels et aurait pour effet de retarder l'adoption d'une politique globale de la jeunesse.

L'ensemble des organismes sont aussi d'avis que l'État doit favoriser les initiatives communautaires qui permettent la constitution de réseaux d'aide et de soutien aux jeunes. Ce sont ces initiatives qui ont donné le jour aux ressources du type maisons de jeunes ou encore Action-travail, jugées essentielles à la reconstruction de rapports sociaux et affectifs améliorant la capacité d'adaptation et d'intégration des jeunes à la collectivité.

Les maisons de jeunes se présentent ainsi comme des lieux d'échange et d'expression. Elles constituent de plus un cadre informel et non contraignant d'apprentissage à la vie communautaire et de responsabilisation puisque leurs usagers participent tant à l'organisation des activités de groupe qu'aux décisions relatives à la gestion des maisons. Elles permettent enfin de briser l'isolement des jeunes et de consolider chez ces derniers un sentiment de solidarité face aux problèmes communs auxquels ils sont confrontés. Les jeunes y trouvent souvent une source de motivation qui leur permet de développer une plus grande autonomie.

D'autres ressources se concentrent sur des services d'orientation, de référence et d'accompagnement des jeunes que ce soit dans la recherche d'un emploi ou d'un logement. Bien qu'elles interviennent dans des dossiers plus spécifiques, elles partagent néanmoins avec l'ensemble des organismes communautaires jeunesse la volonté de contribuer à l'amélioration de la situation socio-économique des jeunes et de mener des actions décloisonnées afin que les jeunes puissent eux aussi s'inscrire dans un processus de développement tant individuel que collectif.

1.5.6 Les personnes affectées par une maladie ou un problème spécifique

- **Présentation**

Onze représentations écrites ont été reçues en provenance d'organismes de promotion et de défense des droits de personnes affectées par une maladie spécifique (arthrite, autisme, diabète, épilepsie, hypoglycémie, maladie d'Alzheimer et sida), de personnes accidentées du travail ou encore de personnes aux prises avec un problème particulier tel la « transsexualité ». Ces organismes ont de plus été rencontrés à neuf reprises lors de la consultation.

- **Un constat commun: des services peu accessibles ou inexistants**

En dépit de leur caractère assez hétérogène, les organismes se rejoignent lorsqu'ils mettent l'accent sur les problèmes d'accessibilité aux services. Ils ont ainsi souligné l'insuffisance des services axés sur le dépistage et l'évaluation rapide des personnes affectées par des maladies telles que l'arthrite, l'autisme, le diabète, l'hypoglycémie, le sida ou encore par des maladies reliées au travail. Cette insuffisance, particulièrement marquée en région éloignée, est jugée lourde de conséquences à maints égards. D'une part, on observe que les retards ainsi occasionnés dans l'établissement d'un diagnostic et la détermination d'un traitement sont responsables de l'aggravation des problèmes associés à certaines maladies (ex. : diabète). D'autre part, ces retards empêchent que soient rapidement mis à contribution les programmes de stimulation précoce, ce qui diminue les chances d'adaptation des jeunes autistiques, par exemple.

Par ailleurs, les services d'adaptation et de réadaptation sont aussi identifiés comme étant peu accessibles. Pourtant, les organismes rencontrés ont tour à tour relevé l'importance de ces services pour leurs membres: les personnes souffrant d'arthrite en auraient besoin pour s'adapter au travail et aux activités de la vie quotidienne; les personnes autistiques pourraient recevoir un entraînement aux tâches journalières, à la vie en appartement ou encore à l'utilisation des transports en commun; quant aux travailleurs accidentés, ces services permettraient de diminuer les risques de séquelles qui rendraient difficile leur réintégration au marché du travail.

Plusieurs organismes réclament, de plus, une plus grande disponibilité de certains programmes de jour, soit pour obtenir des soins et des traitements sans qu'une hospitalisation soit requise, soit pour que les services s'adaptent aux besoins des familles. Ainsi, de tels programmes pourraient alléger la tâche des parents d'enfants autistiques tout en permettant à ces derniers d'effectuer certains apprentissages.

Différents organismes considèrent, de façon plus générale, que les familles font l'objet de trop peu d'attention de la part du réseau. On revendique pour elles des services de répit, de dépannage, d'aide à domicile de même que des

services d'orientation, de référence et d'information qui leur permettraient non seulement de mieux connaître la maladie d'un de leurs membres mais aussi de se familiariser avec un réseau complexe.

Les organismes déplorent, par ailleurs, l'insuffisance des services à caractère préventif. Les personnes diabétiques de même que celles souffrant d'hypoglycémie auraient besoin d'être mieux informées sur les moyens de contrôler leur taux de glucose (ex. : alimentation équilibrée) afin d'éviter toute détérioration ultérieure de leur état et de vivre une vie normale. De plus, toute la population devrait être éduquée dans le domaine de la prévention des maladies transmises sexuellement et, en particulier, du sida.

Plusieurs organismes soulignent que nombre des difficultés d'accès aux services ont leur origine dans la mauvaise répartition des ressources sur le territoire québécois. Peu de services de dépannage, d'adaptation et de réadaptation seraient disponibles ou facilement accessibles en région éloignée. Il y manquerait aussi d'endocrinologues, d'ophtalmologistes, de neurologues établis sur une base permanente.

- **Des services et des traitements mal adaptés aux besoins**

C'est en se référant au manque de flexibilité des services et à leur mauvaise coordination que les organismes rencontrés abordent la question de l'adaptation des services aux besoins. Le morcellement des structures et le caractère cloisonné des interventions forceraient des personnes à mobilité restreinte (ex. : personnes atteintes de sida ou victimes d'accidents de travail) à effectuer d'interminables démarches pour obtenir des services. De plus, l'absence d'équipes multidisciplinaires dans certains domaines empêche que soit pris en considération l'ensemble des besoins des individus et compromet, dans bien des cas, la qualité des interventions. Les porte-parole des personnes transsexuelles font ainsi état des traumatismes et même des mutilations qui ont résulté d'interventions pratiquées sans plan d'ensemble. D'autres organismes soulignent, pour leur part, le peu de place accordée aux dimensions psychosociales dans les traitements : les séquelles d'ordre psychologique qui découlent de certaines maladies ou encore d'accidents de travail sont ainsi largement sous-estimées.

Par ailleurs, plusieurs organismes associent le caractère inadéquat des services et des traitements reçus au faible développement des connaissances relatives à certaines maladies (ex. : autisme, épilepsie, maladie d'Alzheimer, etc.). De plus, la formation des professionnels est jugée déficiente à maints égards. Certains reprochent aux professionnels de ne pas maintenir à jour leur connaissance des approches thérapeutiques et des technologies susceptibles d'être utilisées. D'autres soulignent que certains symptômes sont mal évalués, ce qui donne lieu à des diagnostics erronés : ce problème affecterait tout particulièrement les personnes souffrant d'autisme, de diabète, d'hypoglycémie et de sida. Tous s'entendent sur la nécessité de soutenir la recherche non seulement pour mieux connaître ces maladies mais aussi pour en cerner les conséquences sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes.

- **Des préjugés à combattre**

Certains organismes ont souligné la persistance de préjugés à l'endroit des personnes atteintes de certaines maladies, préjugés qui donnent lieu à diffé-

rentes formes de discrimination : les personnes épileptiques de même que les personnes transsexuelles souffrent ainsi de discrimination sur le marché du travail ; les personnes diabétiques rencontrent de nombreux problèmes pour obtenir leur permis de conduire et doivent verser une surprime afin d'être assurées même lorsque leur diabète est contrôlé ; les personnes atteintes de sida sont victimes d'intolérance et voient même certains de leurs droits fondamentaux niés (ex. : droit à l'emploi, à l'éducation, aux soins médicaux, etc.).

Devant cette discrimination, les représentants des personnes transsexuelles réclament une protection accrue, équivalente à celle dont bénéficient les personnes handicapées. Selon eux, bon nombre des obstacles auxquels se heurtent les personnes transsexuelles pourraient aussi être résolus si le principe de la confidentialité des dossiers médicaux était respecté.

Pour leur part, les porte-parole des personnes atteintes de sida souhaitent que soient entreprises des campagnes d'éducation et de sensibilisation non seulement de la population en général mais aussi des professionnels de la santé et des services sociaux. Il s'agit, selon eux, de démystifier cette maladie — qui n'est l'apanage d'aucune race ou d'aucune orientation sexuelle — et d'informer la population sur les moyens de la prévenir.

1.5.7 Les personnes âgées

- **Présentation**

Quelque 20 organismes et associations représentant les personnes âgées ont soumis des représentations lors de la consultation. Les personnes âgées sont aussi intervenues dans toutes les régions, tant lors des assemblées publiques qu'au cours d'une quinzaine de séances de travail avec la Commission.

- **Les personnes âgées et l'évolution du système**

Pour les personnes âgées, il apparaît tout d'abord essentiel de maintenir les grands principes qui sont à la base du système de santé et des services sociaux, soit la gratuité, l'universalité des services et leur accessibilité. Il leur semble tout aussi important que certains objectifs soient clairement réaffirmés tels que l'amélioration et l'humanisation des services, l'adoption d'une approche globale axée sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie, la participation de la population à la définition de ses propres besoins et aux décisions relatives à l'organisation des services, la reconnaissance du rôle des organismes volontaires.

Les représentants des personnes du troisième âge soulignent ensuite que le vieillissement accéléré de la population québécoise a entraîné une augmentation sensible de la demande de services pour les personnes âgées. Ils rappellent aussi que le réseau a parallèlement redéfini et réorganisé ses modalités d'intervention et de prise en charge de cette clientèle ; alors que l'institutionnalisation lourde était à toutes fins pratiques le seul modèle appliqué, les établissements de type CAH et CHSLD devaient désormais être réservés aux personnes âgées les moins autonomes tandis que les autres pouvaient, selon leur désir, obtenir des services à domicile ou au sein de la communauté.

Les organismes constatent aujourd'hui que cette stratégie différente de distribution de services n'a pas donné les résultats escomptés. En effet, le maintien des personnes âgées à domicile ou dans la communauté aurait supposé un certain nombre de conditions pour devenir une alternative réelle à l'institutionnalisation.

Entre autres, il aurait fallu développer les services externes des établissements hospitaliers (ex. : services et soins à domicile, centres de jour). Les organismes communautaires et bénévoles auraient dû, pour leur part, obtenir un soutien accru des pouvoirs publics. Il aurait aussi été nécessaire de développer des ressources d'hébergement plus légères (ex. : familles d'accueil, pavillons, centres d'accueil privés autofinancés...). En somme, il se serait agi de procéder à des réaménagements budgétaires pour assurer le développement des ressources nécessaires à la réussite de l'opération.

La crise économique et les contraintes budgétaires croissantes de l'État québécois n'ont pas permis que des services adéquats soient mis en place pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées. À ce propos, plusieurs organismes ont manifesté leur inquiétude devant les perspectives ouvertes par un État qui, d'un côté, invoque la désinstitutionnalisation pour freiner le développement des ressources institutionnelles et qui, de l'autre, tarde à débloquer les budgets pour implanter les services requis par les personnes âgées dans leur milieu. Ils se demandent s'il ne faut pas voir là l'indice d'un désengagement possible de l'État qui risquerait de faire reposer sur la seule communauté la responsabilité du maintien des personnes âgées dans leur milieu. Or, on ne peut ignorer que la communauté est assez démunie en raison, d'une part, de l'éclatement de la famille et, d'autre part, de l'habitude que la population avait prise de voir l'État et ses services assumer la quasi-totalité des responsabilités sur le plan de la prise en charge des personnes âgées.

- **Les personnes âgées et le fonctionnement du système**

Outre les divers problèmes que rencontrent les personnes âgées dans la satisfaction de leurs besoins, les associations parlant en leur nom ont présenté une analyse plus globale du fonctionnement du réseau de santé. Il en découle un certain nombre de constats. Selon elles, les ressources sont inégalement réparties sur le territoire. On constate une concentration des services en milieu urbain, d'où un problème d'accessibilité dans les sous-régions. De plus, les services sont fragmentés ce qui entraîne un manque de continuité dans les interventions. Les associations font ici référence à la confusion qui persiste dans la définition du mandat des divers organismes ayant des responsabilités dans le domaine de la santé et des services sociaux aussi bien qu'à l'impossibilité d'avoir accès aux services 24 heures par jour. Les associations dénoncent l'approche curative plutôt que préventive adoptée par le corps médical. Elles regrettent l'absence d'information sur les risques associés à une mauvaise utilisation ou encore à une sur-consommation de médicaments. Elles considèrent que les recours existants pour les bénéficiaires insatisfaits des services reçus sont insuffisants et que les mécanismes actuels de traitement des plaintes sont inefficaces. Enfin, certaines associations trouvent inacceptable que pour contenir la hausse des coûts en santé, on mette de l'avant des mécanismes de contrôle de l'utilisation des services par les usagers quand il n'en existe pas touchant les coûts engendrés par les pratiques professionnelles.

- **Les problèmes rencontrés dans les différents milieux de vie**

Au dire des organismes rencontrés, les personnes âgées souffrent très souvent, dans les conditions actuelles, d'isolement, d'insécurité financière et affective. Démunies et craignant souvent de dénoncer les abus dont elles sont victimes, elles subissent, impuissantes, différentes formes d'exploitation, de négligence et même de violence.

Les personnes âgées dans leur milieu naturel ou dans la communauté

Qu'elles soient à domicile ou encore qu'elles soient hébergées par leurs proches, les personnes âgées déplorent toutes l'insuffisance des services et des ressources qui leur sont destinés. Entre autres, elles dénoncent l'insuffisance ou même l'absence de services de transport adaptés à leurs besoins ; ce problème affecte tout particulièrement les personnes âgées vivant en milieu rural. Elles se plaignent du nombre restreint d'habitations à loyer modique disponibles ; la question de l'habitation est importante puisqu'elle est directement liée à la qualité de vie des personnes âgées. Elles reprochent au réseau d'offrir des services de maintien à domicile auxquels il est très difficile d'avoir accès ou qui n'assurent pas la continuité des soins dispensés. Selon elles, il manque aussi bien de ressources professionnelles pouvant offrir des soins à domicile que d'auxiliaires familiales dans les CLSC. En conséquence, les listes d'attente pour ces services s'allongent et devant cette situation, les CLSC adoptent des critères de plus en plus restrictifs pour répondre à la demande, ce qui fait dire à un organisme : « hors de la relation thérapeutique ou de la rééducation, point de service » de la part du réseau.

Les associations de défense des personnes âgées ajoutent enfin qu'on n'offre pas assez de soutien aux organismes communautaires ou encore aux familles qui doivent tenter de pallier le manque de services du réseau. Ainsi, selon elles, les différents projets de travaux communautaires manquent d'encadrement, le financement des organismes bénévoles est inadéquat et il existe un déséquilibre entre l'aide octroyée aux familles d'accueil et celle dont bénéficient les familles qui hébergent un de leurs membres âgés.

Les personnes âgées en foyer d'accueil ou en résidence privée

Quant aux personnes âgées vivant en foyer d'accueil ou en résidence privée, d'autres griefs sont exposés. On s'en prend d'abord au manque de contrôle exercé sur les ressources privées. Sans même aborder la question des foyers clandestins, on souligne la détérioration des conditions de vie des personnes âgées qui résident en foyer d'accueil. Ainsi, on se plaint de l'insuffisance de soins physiques adéquats, de l'absence d'activités organisées, de l'inexistence d'une vie de groupe satisfaisante, de la rigidité des règlements imposés par les responsables des foyers, qu'ils soient ou non liés par contrat avec un CSS.

Les personnes âgées en milieu institutionnel

De leur côté, les personnes âgées vivant en milieu institutionnel font face à d'autres problèmes. En l'absence de ressources intermédiaires adéquates, les personnes âgées en perte plus ou moins prononcée d'autonomie doivent être placées en milieu institutionnel. Mais elles se heurtent alors à la lourdeur bureaucratique des différents systèmes régionaux de coordination des admissions. Évaluées et inscrites sur des listes d'attente de plus en plus longues, elles voient souvent leur état se détériorer à un point tel qu'elles doivent être hospitalisées.

Quand elles obtiennent une place dans un CAH, les personnes âgées rencontrent d'autres types de problèmes : leur intimité et même leur dignité humaine ne sont pas toujours respectées, les conditions d'hygiène et la nourriture sont souvent inadéquates. Elles souffrent d'un manque d'écoute de la part du personnel. Il leur est difficile d'obtenir des soins médicaux ou d'avoir accès auprès des professionnels de leur choix. Elles se plaignent des effets de la consommation abusive de médicaments.

Devant les problèmes auxquels sont confrontées les personnes âgées dans leurs différents milieux de vie, les associations préconisent toutes que soit préservée et même qu'on travaille à augmenter l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées tant au sein de la communauté qu'en milieu d'hébergement. Le statut et le rôle social des personnes âgées doivent être revalorisés. On doit donc mettre à contribution leur capacité d'entraide, leurs compétences et leur volonté de participer aux décisions qui les concernent. Elles devraient aussi bénéficier d'une meilleure information sur le phénomène du vieillissement. On devrait enfin leur faciliter l'accès à la formation continue et aux ressources leur permettant d'acquérir de nouvelles connaissances.

- **Les associations de personnes âgées: une existence fragile**

En dernier lieu, plusieurs associations disent être mécontentes du traitement qu'on leur fait. Elles ont pourtant développé des services en complémentarité et dans le prolongement des actions menées soit par l'entourage immédiat des personnes âgées, soit par le réseau public tels que des services d'entraide morale et matérielle, d'accompagnement, de surveillance téléphonique, des services chargés d'organiser des activités culturelles ou récréatives, des sessions de formation et d'information, etc. Le réseau communautaire contribue ainsi largement à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées.

Malgré cela, elles ont des difficultés à trouver des locaux adéquats pour la tenue de leurs activités. Elles souffrent de l'absence ou de l'insuffisance de soutien de la part du réseau, tant sur le plan technique que financier. Elles jugent que le réseau public ne reconnaît pas suffisamment leur rôle.

1.5.8 Les personnes alcooliques et toxicomanes

- **Présentation**

Neuf représentations écrites ont été soumises par les groupes d'aide et d'entraide qui œuvrent auprès des personnes alcooliques et toxicomanes. Ces groupes ont aussi été entendus à huit reprises lors des séances de travail tenues dans le cadre de la consultation.

Constatant la montée en flèche des problèmes reliés à la surconsommation d'alcool ou de drogues diverses (ex.: violence conjugale, accidents routiers, suicide, criminalité, etc.), les groupes soulignent les différentes carences du réseau tant sur le plan de la prévention, de la réadaptation que de la réinsertion sociale des personnes aux prises avec ces problèmes.

Une association axe plus particulièrement son intervention sur la question du tabagisme, une des toxicomanies les plus répandues. S'inscrivant dans une perspective de lutte anti-tabagisme, cette association décrit non seulement les conséquences de cette toxicomanie sur la santé des fumeurs et de leur entourage mais aussi les coûts sociaux qui sont reliés à l'usage du tabac.

- **Des services mal adaptés aux besoins des personnes alcooliques et toxicomanes**

Les organismes rencontrés ont mis en évidence à la fois les lacunes et le caractère inadéquat des interventions en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Ils reprochent de plus au réseau sa faible capacité d'agir et d'aborder les problèmes de cette clientèle sur la base d'une approche multidisciplinaire et concertée.

Cette faiblesse se traduit aussi par un manque de collaboration entre le réseau et les ressources du milieu. Les organismes soulignent ainsi que l'insuffisance des mécanismes de référence et d'information au sein du réseau ne permet pas que soient rapidement mis à contribution le milieu naturel et la communauté dans le processus de réadaptation et de réinsertion sociale des personnes alcooliques et toxicomanes. Une fois franchie la phase de désintoxication, celles-ci seraient plus ou moins livrées à elles-mêmes, sans que le réseau les informe de l'existence des ressources communautaires en place.

Les organismes soulignent aussi l'absence de services orientés vers la prévention, particulièrement en milieu scolaire. Ils observent de plus d'importantes lacunes sur le plan du dépistage des problèmes d'intoxication liés à la surconsommation ou encore à la mauvaise utilisation de médicaments par les femmes et les personnes âgées.

Les services actuels ne répondent pas davantage aux situations d'urgence sociale. Différents organismes soulignent le besoin d'assurer minimalement la présence dans le milieu d'agents de liaison ou de travailleurs de rue capables d'intervenir rapidement et avec plus de souplesse que les services institutionnels.

Plusieurs problèmes d'accessibilité aux services de désintoxication et de réadaptation sont aussi relevés. Les services existants apparaissent mal adaptés aux besoins de certaines catégories telles les femmes qui, même après avoir reconnu leur problème de surconsommation, hésitent à s'inscrire à des programmes entraînant une rupture prolongée avec leur famille. Le développement de services externes pourrait, selon plusieurs organismes, mettre un terme à cette incompatibilité des programmes en milieu fermé et de la vie familiale et, en même temps, diminuer les risques de stigmatisation qui menacent les personnes ayant dû s'inscrire à des cures de désintoxication.

Certains organismes soulignent, par ailleurs, la dépersonnalisation des soins et le manque d'intimité qui prévalent au sein des actuels centres de désintoxication. Le système devrait, selon eux, s'orienter vers l'implantation de petites unités de traitement et privilégier la mise en application d'une approche globale des problèmes rencontrés par les personnes alcooliques et toxicomanes.

On souligne enfin l'insuffisance du suivi post-cure effectué par le réseau de même que la faiblesse du soutien offert aux personnes désintoxiquées en voie de réinsertion sociale.

Par ailleurs, les organismes éprouvent des malaises croissants face à un système qui tarde à assumer ses responsabilités. Ainsi, l'indifférence observée dans les milieux hospitaliers et chez les médecins à l'endroit de la clientèle alcoolique et toxicomane les inquiète puisque c'est alors sur la communauté ou sur les seules ressources des individus qui en sont affectés que retombe la responsabilité de la prise en charge des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. Ils se disent de plus étonnés d'observer les incohérences d'un système qui appelle cette prise en charge mais tout en permettant encore la publicité sur l'alcool ou certains médicaments. Autre incohérence : la lenteur avec laquelle sont adoptées et appliquées les mesures visant à restreindre — voire même à interdire — l'usage du tabac.

◆ **Les groupes d'entraide, un moyen de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie**

La majorité des groupes rencontrés accordent une importance toute particulière aux valeurs et aux objectifs qui sous-tendent leur action auprès des personnes alcooliques et toxicomanes: construction d'une solidarité entre pairs et d'un nouveau type de relations sociales, apprentissage de comportements responsables et d'attitudes saines, amélioration de la qualité de vie par l'entraide individuelle et collective, etc.

La « thérapie » proprement dite n'est ainsi envisagée qu'en tant que phase d'une intervention plus globale sur les « éléments déclencheurs » de l'alcoolisme et de la toxicomanie: le mal de vivre et la détérioration de l'environnement humain.

Pour ces groupes, la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie s'organise dès lors à travers toute une série de gestes « ordinaires », étrangers à toute relation de type professionnel, qui soutiennent les individus dans leur démarche vers la reconnaissance de leur problème et la désintoxication. Elle se prolonge ensuite dans le cadre des différents services offerts par les groupes en vue de réduire les risques de rechute (ex.: accueil, session d'information et de discussion, animation ou même services externes de désintoxication) et de stimuler l'aide entre pairs.

1.5.9 Les personnes en situation de difficultés socio-économiques

◆ **Présentation**

Six représentations ont été soumises par des organismes de défense et de promotion des droits des personnes en situation de difficultés socio-économiques. Rencontrés lors de quatre séances de travail, ces organismes ont fait état des besoins mais surtout des attentes des personnes à faible revenu, des victimes de licenciements collectifs ou de fermetures d'usines, des chômeurs ou encore des assistés sociaux à l'endroit du système de santé et de services sociaux. Leurs préoccupations sont partagées par d'autres catégories de la population et, à ce titre, elles sont également intégrées à l'évaluation plus générale du réseau faite par les usagers et les organismes communautaires.

◆ **Politique de santé et lutte contre la pauvreté**

Les organismes rencontrés considèrent que toute politique de santé doit prendre en considération l'incidence de la pauvreté et, plus largement, de la marginalité sociale sur la santé physique et mentale des individus. Selon eux, la participation réduite de certaines catégories sociales aux bénéfices de la société engendre de nombreux problèmes qui, tôt ou tard, se manifesteront dans le champ de la santé et des services sociaux: des jeunes sans emploi se prostituent, deviennent alcooliques, toxicomanes ou délinquants et, dans certains cas, se suicident; des assistés sociaux ne parviennent ni à s'alimenter ni à se loger correctement; des chômeurs développent de mauvaises habitudes de vie (ex.: mauvaise alimentation, manque de sommeil, inactivité physique) et, à la suite des perturbations émotives entraînées par la perte de leur emploi, souffrent de psychoses ou encore de troubles cardiaques. Dans tous les cas, le stress et les déséquilibres engendrés par l'insuffisance de revenu ou le chômage risquent donc de provoquer chez les individus des « réponses pathologiques ».

Pour les organismes rencontrés, la lutte contre la pauvreté de même que l'affirmation du droit des individus à la dignité doivent faire partie intégrante des préoccupations d'un système qui vise l'amélioration de la santé et du mieux-être.

En ce sens, les services de santé et les services sociaux ne sont qu'un des éléments susceptibles d'accroître la qualité de vie tant individuelle que collective. Apparaît tout aussi nécessaire, aux yeux de ces organismes, que soient assurés la qualité de l'eau, de l'environnement, du logement de même que la possibilité, pour les individus, d'avoir accès à un travail rémunéré et à un rôle utile dans la société.

Les organismes insistent enfin sur les thèmes d'équité et de justice sociale. Certains les abordent en soulignant les dangers que laisse entrevoir la remise en question de plus en plus fréquente de l'universalité des services de santé et des services sociaux: sous le couvert de mesures visant à « contrôler » la consommation de ces services (ex. : imposition d'un ticket modérateur), on risque en effet de réduire encore davantage les chances des personnes démunies d'accéder à la santé et au mieux-être. D'autres signalent que l'inégalité des chances est déjà inscrite au sein du système puisque les bénéficiaires d'aide sociale ne peuvent se faire rembourser que certains des médicaments prescrits par leurs médecins. Devant un système qui risque d'accentuer la marginalisation des personnes démunies, tous reconnaissent l'importance de reconstruire de nouvelles solidarités sociales et de lutter pour la reconnaissance des droits sociaux.

1.5.10 Les personnes handicapées physiques ou intellectuelles

- **Présentation**

Les problèmes des personnes handicapées physiques ou intellectuelles ont fait l'objet de 49 représentations de la part d'organismes de promotion, d'associations de parents et de proches ou encore d'associations volontaires du type parrainage civique. Ces groupes ont de plus participé à 29 rencontres dans le cadre de la tournée de consultation. La similarité des positions alors soutenues par les organismes oeuvrant tant auprès des personnes handicapées physiques que des personnes handicapées intellectuelles a permis que soit intégrée ci-dessous leur vision des problématiques et des enjeux du système de santé et de services sociaux.

- **Les objectifs et le rôle des organismes communautaires œuvrant auprès des personnes handicapées**

Bien que leurs formes et leurs types d'intervention diffèrent, les organismes rencontrés partagent dans une large mesure les mêmes objectifs. Ils travaillent à promouvoir les droits et à défendre les intérêts des personnes handicapées et de leurs proches en affirmant la primauté des droits des individus sur les impératifs d'ordre administratif ou bureaucratique. Ils veulent favoriser l'autonomie maximale des personnes handicapées, ce qui suppose que des mesures soient adoptées en vue de faciliter l'intégration sociale, scolaire et professionnelle de ces dernières. Ils soulignent, à cet effet, l'importance d'entreprendre des campagnes de sensibilisation du public axées sur la valorisation sociale des personnes handicapées.

Par ailleurs, ils insistent sur la nécessité de déployer des efforts plus soutenus en matière de prévention des déficiences, d'amélioration des services et

d'harmonisation des différentes interventions. Tous cherchent un meilleur partage des responsabilités entre les différents intervenants du réseau public et les organismes communautaires. Le réseau doit ainsi s'ouvrir à la participation active des personnes handicapées, de leurs proches ou de leurs associations à la définition de leurs besoins, à l'organisation et à la gestion des services. Cette collaboration apparaît d'autant plus importante dans le contexte actuel de désinstitutionnalisation puisque la plupart des organismes se déclarent conscients de l'incapacité du milieu à assumer seul les conséquences des politiques normalisatrices et intégratrices mises de l'avant par le réseau.

Les organismes communautaires ont, par ailleurs, développé toute une série de services qui attestent de leur volonté de contribuer directement à l'intégration sociale des personnes handicapées et de soutenir les efforts de ceux qui en sont les principaux maîtres d'œuvre : les personnes handicapées elles-mêmes et leurs proches. Ainsi, pour répondre aux besoins non satisfaits par le réseau, ces organismes offrent des services d'entraide, d'information, de support et d'assistance aux parents, de soutien au cheminement dans le réseau (ex. : services de référence, accompagnement), de parrainage, de transport adapté et même d'hébergement. Des services de placement, de réadaptation psychosociale ainsi que des services-conseils relatifs aux aménagements résidentiels requis par les personnes handicapées ont aussi été mis sur pied.

En tant que producteurs de services, les organismes communautaires se heurtent cependant à la résistance d'un réseau qui, d'une part, fait constamment appel à leurs ressources ou compte implicitement sur eux tout en maintenant, d'autre part, des pratiques centrées sur la valorisation presque exclusive de l'acte professionnel. Puisqu'ils assument des responsabilités dont le réseau ne s'acquitte pas à l'heure actuelle, ces groupes revendiquent la reconnaissance de leur rôle de même qu'un soutien tant financier que technique (ex. : prêt de personnel, formation des bénévoles, encadrement) de la part du réseau. Ils souhaitent l'établissement d'un véritable partenariat entre les différents intervenants, ce qui suppose non seulement une délimitation de leurs responsabilités respectives mais aussi une participation réelle des organismes aux décisions du réseau.

- **Une évaluation globale du système de santé et de services sociaux**

Au-delà des problèmes d'articulation entre le réseau public et le secteur communautaire, les organismes formulent aussi des critiques quant au fonctionnment même du système. Selon eux, on met trop l'accent sur la gestion et les critères de performance budgétaires et financiers au détriment des préoccupations concernant la satisfaction des besoins des individus. Ils constatent ainsi la faiblesse des mécanismes de contrôle et de surveillance de la qualité et de l'efficacité des services rendus par les établissements, situation jugée d'autant plus paradoxale qu'eux-mêmes doivent, pour survivre, se plier à des évaluations répétées.

Ils considèrent, par ailleurs, que les mandats des différents établissements sont définis avec trop de rigidité, que les services sont offerts sans souci de continuité et que les mécanismes de références sont inefficaces. Ils remettent de plus en question la médicalisation abusive des approches de même que la centralisation excessive des décisions et des services.

Les organismes ont enfin signalé les besoins particuliers des personnes handicapées, besoins dont la satisfaction est souvent compromise en raison des problèmes que celles-ci rencontrent, soit dans leur famille ou en milieu institutionnel, soit durant le processus de réintégration sociale ou face aux différentes ressources qui interviennent pour les maintenir dans la communauté.

Les personnes handicapées dans leur famille

Selon les organismes rencontrés, les préjugés dont sont l'objet les personnes handicapées de la part des milieux médicaux ont des racines profondes. Ainsi, certains parents disent s'être heurtés à l'incompréhension des médecins qui recommandaient l'avortement après les avoir informés de malformations ou de lésions dépistées chez le foetus. Ils s'étonnent aussi, à l'heure où l'on insiste sur la responsabilisation des familles, de ce que certains médecins préconisent de manière presque automatique le placement en institution des enfants nés avec un handicap sévère.

Par ailleurs, les associations de parents disent manquer d'information à caractère préventif avant et durant la grossesse tandis que peu de soutien leur est fourni après l'accouchement. Elles se déclarent insatisfaites de l'état des connaissances et de la recherche en matière de prévention, de dépistage et de stimulation précoce.

Elles reprochent aussi aux professionnels des secteurs médical et para-médical leur manque de sensibilité devant les problèmes associés à la déficience. Selon elles, cette situation traduit le caractère superficiel voire même l'absence de programmes de formation adéquat des professionnels dans les domaines reliés à la prévention, à l'évaluation et au traitement de la déficience.

Ces mêmes associations disent que les parents veulent être mieux renseignés sur les diagnostics et les effets présumés des traitements préconisés. Les parents souhaitent que soit facilité l'accès de leurs enfants aux services de stimulation précoce et aux services éducatifs. À ce propos, ils critiquent l'absence de complémentarité entre le MSSS et le MEQ de même que le peu de valeur des apprentissages qui, disent-ils, servent plus à occuper les enfants handicapés qu'à les éduquer.

Bien que les parents soient confrontés à la multiplicité des intervenants et, conséquemment, des démarches à effectuer, les associations soulignent que ces démarches risquent souvent de s'avérer caduques en raison de l'insuffisance des services à domicile, de la rareté des services de gardiennage et de dépannage de même que de la pénurie d'éducateurs spécialisés, de travailleurs sociaux, d'orthophonistes et de psycho-éducateurs.

Dans ces conditions, les familles ne peuvent jouer leur rôle d'intervenant privilégié, rôle qui leur est même nié selon les porte-parole des organismes rencontrés. Elles sont ainsi contraintes à faire largement appel aux services institutionnels. On ajoute même que le caractère sporadique et très limité du soutien dont bénéficient les parents d'enfants handicapés est en voie de créer une « nouvelle génération de familles handicapées » qui s'épuisent et, à terme, démissionnent sous le poids des tâches à accomplir.

Les personnes handicapées en milieu institutionnel

Les organismes expliquent que c'est « traditionnellement » le milieu institutionnel qui recueillait les enfants ou, plus largement, les personnes handicapées. Pendant la période de croissance budgétaire, les différentes catégories d'établissements (ex. : centres hospitaliers psychiatriques, CAH, CAR, centres privés à but lucratif) se faisaient même concurrence pour capter et conserver cette clientèle qui pouvait leur permettre de se développer.

Bien que le mouvement de désinstitutionnalisation ait entraîné une remise en question du caractère quasi automatique de ce placement institutionnel, bon nombre de personnes handicapées vivent encore aujourd'hui dans les centres asilaires qui, dans certains cas, n'offrent même pas un milieu de vie sécuritaire et se contentent d'assurer le seul maintien des fonctions biologiques des personnes handicapées. Principales cibles de cette critique : les centres privés, qui ne font l'objet d'aucun contrôle systématique.

Les autres catégories d'établissements n'échappent toutefois pas à la critique. Ainsi, selon les organismes rencontrés, on n'y respecte ni les droits ni la dignité des personnes (ex. : intégrité physique, protection, etc.). Le cadre et les conditions de vie des personnes handicapées subissent une détérioration constante, particulièrement visible à la suite des coupures de services et de personnel qu'a entraînées la « rationalisation budgétaire ». Il manque tout autant de plans d'intervention individualisés que de ressources éducatives ou de services internes d'adaptation et de réadaptation. Ces carences engendrent le développement d'un « syndrome institutionnel » : les personnes handicapées deviennent de plus en plus dépendantes et soumises à l'acte thérapeutique, incapables d'affronter ou de se défaire des stigmates sociaux entourant l'institutionnalisation.

Par ailleurs, les organismes dénoncent la rigidité des conventions collectives qui, une fois établies, consacrent la primauté des intérêts syndicaux sur les droits des bénéficiaires. Ces derniers ne disposent, pour leur part, que de peu de moyens de lutter pour faire reconnaître leurs droits. Ils parviennent même difficilement à faire entendre leurs demandes en raison de l'inefficacité des structures de représentation à l'interne. Plusieurs organismes souhaitent que les personnes handicapées soient mieux représentées au sein des conseils d'administration des établissements et que soient augmentés les pouvoirs des comités de bénéficiaires.

En dépit de ce jugement négatif, plusieurs parents ont exprimé des réserves et même leur résistance devant les perspectives de fermeture complète des établissements voués à l'hébergement ou à la réadaptation des personnes handicapées. Si séduisant qu'apparaisse l'objectif de réinsertion sociale, de tels établissements sont jugés essentiels pour les personnes trop lourdement handicapées pour pouvoir acquérir une certaine autonomie en dehors du cadre institutionnel.

Les personnes handicapées durant le processus de réintégration sociale

D'entrée de jeu, les organismes constatent que la désinstitutionnalisation s'est amorcée sans qu'on ait procédé à une évaluation sérieuse des clientèles susceptibles d'en être les bénéficiaires. Les impératifs liés à la rationalisation des services et l'absence de politique d'ensemble en matière de désinstitutionnalisation se sont conjugués de telle sorte que celle-ci fut, d'une

certaine manière, laissée au libre arbitre des établissements. En dépit des espoirs largement partagés qu'avait suscités le courant de désinstitutionnalisation, plusieurs groupes en dénoncent aujourd'hui les modalités d'opérationnalisation. Non plus moyen de réinsertion sociale mais fin en soi, la désinstitutionnalisation leur paraît obéir aux considérations les plus diverses (ex. : intérêts corporatifs, relations de travail ou encore facteurs d'ordre socio-économique).

On observe aussi que les critères de qualité des services de réadaptation et de réinsertion varient d'un établissement à l'autre. Selon les organismes rencontrés, le même constat s'applique au contrôle et au suivi des interventions de sorte que l'intégration sociale sous-jacente à l'idée de désinstitutionnalisation en est souvent réduite à sa plus simple expression et se termine avec l'intégration physique des personnes handicapées à la société. À cet effet, on critique l'insuffisance du soutien psychosocial et l'insistance trop marquée sur la seule réadaptation fonctionnelle des personnes handicapées. Sont aussi décriées la persistance de l'approche « médico-nursing », l'insuffisance des services de réadaptation et l'inefficacité des structures mises en place pour favoriser divers apprentissages (ex. : services d'apprentissage aux habitudes de travail). Selon les organismes, la désinstitutionnalisation s'effectue en l'absence de plan d'intervention complet et individualisé et sans qu'existe un nombre suffisant de ressources de transition adéquates.

Par ailleurs, les organismes font remarquer que rien n'a été prévu afin de sensibiliser le public et de préparer les communautés d'accueil à la venue des personnes handicapées dans leur milieu. Sorties des institutions, les personnes handicapées se retrouvent donc souvent livrées à elles-mêmes, en butte au rejet des milieux dans lesquels elles se retrouvent ou, pire encore, à l'incarcération.

Les personnes handicapées désinstitutionnalisées face aux différentes ressources disponibles

Une fois dans la communauté, les personnes handicapées ont besoin d'avoir un accès facile aux ressources et aux services. Au dire de leurs porte-parole, différents facteurs viennent cependant altérer cette accessibilité. La complexité du réseau et le nombre des portes d'accès aux services obligent ainsi les personnes handicapées à multiplier leurs démarches. Sont déplorées à maintes reprises la disparition progressive des médecins de famille de même que l'absence d'identification d'un interlocuteur unique et responsable de la coordination de l'ensemble des services auxquels les personnes handicapées pourraient avoir accès. Il existe de plus de fortes disparités régionales en termes de services spécialisés et de centres de traitements spécialisés.

On déplore l'absence de coordination inter-sectorielle en matière de politiques de revenu, de logement, de transport ou encore de loisirs. Les programmes d'aide à l'embauche et les milieux ségrégués sont déclarés inefficaces. A ce propos, on signale que les ateliers protégés et les centres de travail adaptés semblent plus préoccupés par l'adaptation des personnes handicapées au travail que par l'adaptation du travail aux capacités de ces dernières. On dénonce de plus les abus auxquels donnent lieu les objectifs de productivité et de rentabilité qui y sont poursuivis.

Les organismes rencontrés notent que les solutions de rechange à l'institutionnalisation lourde (ex. : pavillons, familles d'accueil, foyers de groupe, centres de jour, services d'hébergement ou de dépannage pour personnes en crise, appartements supervisés, etc.) se font rares. De plus, les ressources qui existent sont nettement orientées vers les personnes handicapées en voie de désinstitutionnalisation, ce qui crée une certaine inégalité entre celles-ci et les personnes handicapées déjà présentes dans la communauté.

Par ailleurs, on reproche au système l'étanchéité et le manque d'homogénéité des programmes d'aide aux personnes handicapées. On souligne à cet effet le statut « privilégié » dont jouissent les personnes handicapées relevant de la CSST ou de la RAAQ de même que l'existence d'une certaine discrimination entre différentes catégories de personnes handicapées à l'intérieur d'un même programme. Ainsi, les programmes de la RAMQ prévoyant le remboursement des aides visuelles et auditives excluent dans une large proportion les personnes âgées de 36 ans ou plus.

Les organismes constatent aussi que les personnes handicapées rencontrent, sur le plan local, des problèmes d'accessibilité à certains services, pourtant offerts ailleurs, en raison du manque d'uniformité dans la programmation des différents CLSC. D'autres problèmes d'accessibilité découlent, selon eux, de la non-disponibilité des services à domicile en dehors des heures d'ouverture de ces établissements.

L'OPHQ recueille aussi sa part de critiques. On lui reproche son fonctionnement lent et lourd de même que le caractère douteux de ses compétences dans certains domaines (ex. : aménagements domiciliaires, déficience intellectuelle, etc.).

On s'inquiète enfin de l'épuisement des bénévoles et des familles appelés à assumer une part de plus en plus lourde des responsabilités relatives au maintien des personnes handicapées dans le milieu.

En dénonçant toutes ces barrières à l'accessibilité aux services et aux ressources, les organismes rencontrés tiennent toutefois à réaffirmer leur attachement aux principes d'universalité et de gratuité des services. Bien que plusieurs organismes soient d'accord avec l'idée d'un octroi direct de certains budgets aux personnes handicapées ou à leur famille pour que celles-ci achètent différents services (budgets autogérés), ils craignent que d'autres formes de privatisation ou l'imposition d'un ticket modérateur ne viennent encore réduire les chances des personnes handicapées d'avoir accès à des services de qualité.

- **L'évaluation du réseau et des services faite par certaines catégories de personnes handicapées**

En plus des préoccupations communes à l'ensemble des personnes handicapées, certains organismes ont décrit les problèmes rattachés à certains types particuliers de handicaps.

On souligne ainsi que les personnes paraplégiques ou quadraplégiques subissent souvent les conséquences des traitements inadéquats reçus par les blessés médullaires. L'absence de centres de traitements spécialisés de même que d'un

centre de traumatologie compromet non seulement la constitution d'équipes spécialisées mais aussi les chances de voir réduits au minimum les handicaps résultant des traumatismes reçus. On insiste sur le manque de coordination entre le milieu hospitalier et les services de réadaptation existants et sur la pénurie de services aux personnes multi-handicapées adultes.

Les personnes iléostomisées ou colostomisées qui ont soumis une représentation ont, pour leur part, dénoncé les frais supplémentaires et non couverts par la RAMQ que leur impose leur handicap. Elles déplorent, de plus, la non-gratuité de certains services auxquels elles doivent avoir recours (ex. : cliniques de stomothérapie), le manque de formation des professionnels (i.e. méconnaissance des besoins et des soins requis par le stomisé, établissement de mauvais diagnostics), le manque d'information sur les conséquences respectives des approches médicale et chirurgicale de même que l'absence d'un système de contrôle des prix et de la qualité des produits vendus.

Plusieurs autres catégories de personnes handicapées ont aussi manifesté leur inquiétude devant la faiblesse des règlements et des normes auxquels sont astreints les distributeurs d'appareils spécialisés (ex. : prothèses, orthèses, aides techniques, etc.). On souhaite un contrôle accru sur la qualité des produits de même que l'obtention de certaines garanties quant aux services après vente.

Les problèmes reliés au spina-bifida et à l'hydrocéphalie ont aussi été abordés. Bien qu'il soit possible aujourd'hui d'effectuer le dépistage prénatal de ces affections, il n'existe, à proprement parler, aucune mesure préventive puisqu'on en ignore encore les causes. Le manque de formation spécialisée en ce domaine donne lieu à de mauvais diagnostics et les traitements souffrent de l'insuffisance du suivi médical et para-médical effectué. On ajoute que l'intégration sociale des personnes qui en sont atteintes est souvent compromise par la lenteur ou l'inaccessibilité des services d'adaptation et de réadaptation de même que par les difficultés d'intégration scolaire auxquelles elles font face. On souligne enfin la lenteur avec laquelle la RAMQ procède au remboursement du coût des appareils et le caractère incomplet de la liste des appareils couverts.

Les personnes handicapées visuelles ou auditives partagent, quant à elles, un certain nombre de problèmes, dont celui des communications. Mais au-delà des obstacles liés à la pénurie de services spécialisés en région ou encore à l'absence de continuité et de complémentarité des interventions, les personnes affectées par ces handicaps se plaignent tout particulièrement de subir les restrictions imposées dans le cadre des programmes de couverture des appareils dont elles ont besoin pour surmonter leur handicap. Ces restrictions concernent non seulement la détermination des clientèles admissibles mais aussi l'éventail des aides couvertes. Elles imposent par ailleurs certaines normes en matière d'attribution ou de remplacement des aides, normes qui peuvent même compromettre la qualité des services de réadaptation. En dernier lieu, on signale que l'absence d'interprètes rémunérés dans les services d'urgence et les services sociaux crée une barrière supplémentaire pour les personnes handicapées auditives.

1.5.11 Les personnes psychiatrisées et ex-psychiatrisées

◆ Présentation

C'est principalement par le biais des groupes d'entraide et des porte-parole des ressources alternatives en santé mentale que les personnes psychiatrisées

et ex-psychiatrisées de même que leurs proches se sont fait entendre. Les 16 représentations reçues et les 12 séances de travail auxquelles ont participé ces groupes ont porté non seulement sur les conditions de vie, les traitements et les droits des bénéficiaires à l'intérieur des institutions asilaires mais aussi sur les conséquences de la stigmatisation sociale et des préjugés dont sont victimes les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Par ailleurs, deux organismes liés aux structures diocésaines ont abordé la question de l'itinérance qui, selon eux, constitue un indice de la nette progression de la maladie mentale et du sort réservé à un nombre croissant de personnes ex-psychiatrisées. Leur perception des problématiques et enjeux a donc été intégrée à cette section.

- **La santé mentale: une question d'approche**

À l'heure où les thèmes d'autonomie, de normalisation, de valorisation et d'intégration sociale des personnes psychiatrisées ou ex-psychiatrisées semblent faire l'unanimité, les organismes qui ont participé à la consultation considèrent impératif que le système s'organise autour d'une véritable politique de santé mentale axée sur une approche globale, préventive et communautaire. Première cible de cette politique: les structures asilaires actuelles. Bien que les organismes reconnaissent la nécessité de maintenir des lieux d'hébergement et de protection pour les personnes atteintes de maladies mentales — particulièrement lorsqu'elles traversent des situations de crise —, le système doit, selon eux, viser la transformation et, pour certains, la fermeture des grands établissements à vocation psychiatrique. Quelques groupes se déclarent toutefois méfiants face aux ressources intermédiaires (ex.: familles d'accueil, foyers de groupe, etc.) développées par certains établissements dans le mouvement de désinstitutionnalisation des dernières années. Selon eux, ces ressources se contentent d'emprunter la forme communautaire et de reproduire — à une échelle réduite — la même logique institutionnelle qui prévaut au sein des établissements actuels. Tout au plus aura-t-on créé de mini-institutions au sein desquelles les problèmes des personnes malades mentales demeurent, eux, entiers.

Les organismes croient de plus que le système doit définir une politique de traitement qui préciserait les rôles, les responsabilités mais aussi les droits des différents intervenants dans le cadre d'une affirmation de la primauté des intérêts des personnes psychiatrisées. Il doit notamment reconnaître l'importance des familles non seulement dans le réseau de soins primaires mais aussi au sein des équipes thérapeutiques dont elles sont généralement exclues.

Par ailleurs, les organismes souhaitent que le système redouble d'efforts afin de démystifier la maladie mentale et susciter le développement d'attitudes favorisant la réinsertion sociale des personnes qui en sont ou en ont été atteintes. Son action ne peut dès lors se cantonner aux strictes frontières des services de santé et des services sociaux. Elle doit désamorcer toutes les formes de résistance et les obstacles qui empêchent les personnes psychiatrisées ou ex-psychiatrisées de prendre place dans la société, condamnant ainsi bon nombre d'entre elles au chômage, à la solitude, à la dépression « chronique », à des logements insalubres ou, pire encore, à la rue. Une politique de santé mentale resterait donc incomplète, aux yeux des organismes, si elle n'était accompagnée de mesures favorisant

l'intégration au travail et l'accès à des logements adéquats une fois ces personnes sorties des institutions.

◆ **Des services à créer**

Ces finalités et objectifs se rattachent à une perception des besoins non satisfaits par le réseau. Les groupes réclament ainsi la création de services à caractère préventif et éducatif de même que le développement de services de réadaptation et de réinsertion qui supportent et encadrent le processus de désinstitutionnalisation.

De plus, ces services doivent être disponibles là où les problèmes apparaissent, dans le milieu. On parle alors d'assurer la présence dans les quartiers d'agents ou de travailleurs de rue capables de dépister les problèmes de maladie mentale avant qu'ils n'explosent ou n'entraînent l'institutionnalisation de ceux qui les éprouvent. Ces mêmes intervenants pourraient être intégrés à des équipes thérapeutiques offrant des services externes ou encore du soutien aux personnes malades mentales dans leur milieu. On parle aussi de centres de crise, de ressources d'hébergement plus légères et intégrées à la communauté, de services d'aide à la recherche d'emploi, de groupes de vigilance, etc.

Il s'agit donc de renouveler les formes et les approches jusque-là adoptées dans la prestation des services psychiatriques et au niveau du suivi effectué hors de l'institution.

◆ **Les droits des personnes psychiatrisées en milieu institutionnel**

Les différentes pénuries de ressources et de services sont ainsi visibles non seulement avant mais aussi durant et après l'hospitalisation. Mais même lorsqu'ils existent, les services s'avèrent insatisfaisants à maints égards. Certains groupes dénoncent vivement l'emprise exclusive exercée par les psychiatres sur la détermination des traitements requis par un patient. Généralement privé d'informations quant aux conséquences des choix effectués, celui-ci voit souvent son état de dépendance s'aggraver en raison d'un recours massif aux médicaments, de l'absence de loisirs ou de programmes d'apprentissage en milieu institutionnel. Il en est parfois réduit à servir de main-d'œuvre à bon marché sous le couvert d'activités dites « thérapeutiques ».

Les organismes ont déploré l'absence d'équipes multidisciplinaires tant à l'intérieur du milieu institutionnel qu'au niveau des interventions au sein de la communauté. On souligne ainsi l'insuffisance des services sociaux en milieu hospitalier, la persistance du « sectarisme professionnel » et l'attitude contrôlante de certaines catégories de professionnels (ex. : psychiatres).

Ce type de pratiques institutionnelles de même que les conditions de travail et les orientations adoptées par les centres de travail adapté sont de plus interprétés comme des indices certains de la vulnérabilité des personnes psychiatrisées. Plusieurs groupes ont, à cet égard, souligné l'inefficacité des mécanismes de défense et de protection des bénéficiaires. L'existence des comités de bénéficiaires ou de résidents de même que l'audience qui leur est accordée sont soumises à la bonne volonté du conseil d'administration de leur établissement respectif, et, à la limite, à celle du directeur général. De leur côté, les représentants des usagers et de la population aux différents conseils d'administration ne jouent,

à toutes fins utiles, qu'un rôle de figurant. N'ayant aucune prise sur les mécanismes de traitement des plaintes, les bénéficiaires ou encore leurs proches hésitent à y recourir par crainte de représailles.

Certains groupes vont même jusqu'à affirmer que toute la vie institutionnelle semble bien davantage orientée en fonction des intérêts des employés, des professionnels ou encore des gestionnaires que sur la base du respect des droits et des intérêts des bénéficiaires.

Pourtant, l'ensemble des organismes rencontrés constatent que les droits à l'information, à la dignité ou encore à l'intégrité physique des bénéficiaires sont à maintes reprises bafoués. Ils dénoncent tout particulièrement l'utilisation trop fréquente et injustifiée de pratiques telles que la contention ou l'isolement, la difficulté de faire modifier les jugements relatifs aux cures fermées et, enfin, le parti-pris institutionnel du Curateur public. On dit en effet de celui-ci qu'il se rangerait trop facilement, de manière presque automatique, derrière les arguments des administrations d'établissement pour maintenir les choix de traitements contestés par les bénéficiaires ou leurs proches.

Par ailleurs, certains groupes ont insisté sur la nécessité de « désinstitutionnaliser le syndicalisme » afin que celui-ci non seulement s'adapte mais aussi fournisse sa contribution au renouvellement des pratiques et du mode de distribution des services aux personnes atteintes de maladie mentale.

- **Une démarche difficile vers l'autonomie**

Hors du cadre institutionnel, la situation n'est guère mieux au dire des organismes rencontrés. Nombre de bénéficiaires obtiennent des congés précoces — pour ne pas dire prématurés — ou sont désinstitutionnalisés sans y avoir vraiment été préparés. Jusque-là maintenus dans un état de relative dépendance à l'endroit des professionnels et, plus globalement, du système, ils sont alors livrés à eux-mêmes car, une fois franchies les portes de l'établissement, personne ne peut les contraindre à accepter quelque forme de surveillance que ce soit. Selon les organismes, aucun suivi efficace n'est effectué en ce qui a trait à l'usage des médicaments prescrits, aux lieux de socialisation fréquentés par l'ex-psychiatrisé, à la régularité ou à l'équilibre de son alimentation, etc.

Dans un tel contexte, certains organismes soulignent le rôle essentiel des églises qui recueillent quotidiennement des personnes ex-psychiatrisées sans abri, leur offrant un gîte temporaire, des vêtements, des repas ou simplement un confident. L'intensité des problèmes atteint un sommet en milieu urbain en raison de la disparition des maisons de chambres et de l'application stricte du principe de la territorialité des services. En effet, aucun établissement ne semble vouloir prendre en charge ces personnes qui, sans adresse fixe, viennent grossir le nombre des itinérants.

Les ressources communautaires apparaissent donc souvent comme le seul point d'ancrage des personnes ex-psychiatrisées, des itinérants et des personnes en situation de détresse émotionnelle forte (ex. : dépression, crise suicidaire, etc.). Ces ressources permettent aux individus de sortir de leur isolement, empêchant tantôt une première institutionnalisation, tantôt la ré-institutionnalisation des personnes ex-psychiatrisées. On observe pourtant un

déséquilibre marqué entre le niveau de financement de ces ressources et celui des établissements du réseau.

1.5.12 Les populations autochtones

- **Présentation**

Les populations autochtones ont soumis cinq représentations écrites et leurs porte-parole ont été rencontrés à neuf occasions lors de la consultation. Les délégués des Conseils de bande et des communautés nordiques de même qu'un groupe de femmes autochtones ont ainsi pu exprimer leur perception des problématiques et enjeux entourant le système de santé et de services sociaux au Québec.

- **Une volonté d'autodétermination qui s'affirme**

Les représentants de différentes nations autochtones ont abordé les questions relatives à l'organisation du système de santé et de services sociaux en exprimant de façon très nette leur volonté d'autodétermination politique et d'affirmation de leur identité culturelle. Bien qu'ils parlent au nom de communautés ayant atteint des degrés plus ou moins élevés d'autonomie ou bénéficiant de statuts différents, leur message est le même. Les représentants des populations autochtones posent tous un constat d'échec des gouvernements canadien et québécois dans la prestation de services de qualité, adaptés aux besoins mais aussi à la culture des populations dont ils sont les porte-parole. En effet, en dépit des ententes signées (ex. : Convention de la Baie James et du Nord québécois, Convention du Nord-Est québécois) et des programmes subventionnés par l'un ou l'autre palier de gouvernement, les nations autochtones concluent que bien peu de progrès ont été enregistrés à ce chapitre.

Au contraire, en aval des problèmes associés à la déstructuration des modes de vie traditionnels, aux bouleversements à caractère socio-économique ou écologique, à la sédentarisation et à la pénétration des modèles culturels blancs ont émergé plusieurs problèmes nouveaux tant sur le plan social qu'en matière de santé. Les porte-parole des communautés autochtones font état de l'apparition de problèmes de santé liés à l'exposition au mercure ainsi que des « maladies de société » telles que l'obésité et les maladies cardio-vasculaires, de la progression rapide des accidents et des problèmes psychosociaux engendrés par la surconsommation d'alcool et de drogue, du développement et de l'aggravation des conflits de génération de même que des conflits conjugaux et familiaux, etc.

Par ailleurs, les services mis en place ont eux-mêmes été source de problèmes dans la mesure où ils faisaient fi des valeurs et des pratiques coutumières des nations autochtones. À l'approche communautaire jusque-là utilisée par ces dernières se superposait désormais un modèle d'intervention basé sur la prise en charge professionnelle et « blanche » des problèmes sociaux et sanitaires. Les porte-parole des communautés autochtones jugent ainsi que l'introduction des méthodes de contraception « dure », la médicalisation des grossesses de même que l'application mécanique des lois concernant l'adoption et la protection de la jeunesse en constituent des exemples patents. De là découle la désaffection progressive des nations autochtones vis-à-vis des modes d'intervention en usage dans les services développés par les Blancs et parallèlement leur désir d'obtenir la compétence exclusive en ce qui a trait à l'administration et à la distribution des services qui leur sont destinés.

Dans un tel contexte, les populations autochtones considèrent que le système doit, à court terme, s'engager à respecter les droits qui, à leur avis, leur sont déjà reconnus non seulement sur le plan constitutionnel mais aussi en vertu des Chartes canadienne et québécoise des droits et libertés ou encore des ententes spécifiques conclues avec certaines nations. En ce sens, le cadre législatif qui régit les services de santé et les services sociaux doit, selon elles, être soumis à l'évolution des négociations à portée plus globale qui ont lieu entre les différentes nations et les deux paliers de gouvernement.

Pour les populations autochtones, le système doit reconnaître leur droit de planifier, d'organiser, de distribuer et de contrôler les services de santé et les services sociaux, ce qui signifie qu'il doit soutenir les démarches des autochtones vers l'autonomie et l'autodétermination en cette matière. On constate tout de même que certains pas ont été franchis dans cette direction particulièrement avec la signature de la Convention de la Baie James et du Nord québécois qui a permis la création du Conseil régional Cri pour les services de santé et les services sociaux ainsi que du Conseil Kativik des services de santé et des services sociaux. À travers ces derniers, les communautés autochtones des régions nordiques participent directement à la gestion de l'ensemble des services de santé et des services sociaux disponibles sur leur territoire respectif.

- **Les principales carences du système actuel**

Devant l'incapacité du système actuel à lutter contre la détérioration de l'état de santé et la dégradation du tissu social des communautés autochtones, celles-ci déplorent l'insuffisance des services à caractère préventif, s'appuyant sur une approche globale, multidisciplinaire et multi-sectorielle. Si on réclame des services d'accueil, d'hébergement et de réadaptation, les besoins exprimés avec le plus de force renvoient à l'inefficacité des services d'information en place, à la pénurie d'interprètes au sein des services publics ou pouvant assurer la liaison entre ces services et les communautés et au manque de continuité dans les services médicaux.

On souligne, par ailleurs, que les populations autochtones vivant en milieu urbain blanc ressentent avec encore plus d'acuité le manque de services. En effet, ces populations ont non seulement perdu les droits et les avantages consentis aux autochtones demeurés dans les réserves mais encore elles retirent moins d'avantages du système de santé et de services sociaux que le reste de la population québécoise.

Quant aux populations des régions nordiques et aux communautés vivant au sein des réserves, la pénurie de services les forcent à recevoir bon nombre de services à l'extérieur de leur milieu. Aux problèmes d'ordre socio-culturel qu'elles rencontrent dans les établissements vers lesquels elles sont acheminées s'ajoute toute une série d'inconvénients liés aux déplacements ainsi occasionnés. La durée des séjours que doivent effectuer les autochtones hors de leur environnement familier et même hors de leur région leur apparaît trop longue, d'autant plus longue que les services d'accompagnateurs et d'interprètes sont largement déficients.

- **Une coexistence difficile**

Même lorsqu'ils participent directement à l'administration des services de santé et des services sociaux, les autochtones éprouvent des malaises croissants devant la complexité et l'alourdissement des structures administratives mises en place. Les représentants des populations autochtones remarquent que ces structures ont en effet grossi de manière continue mais sans que cela ne se traduise par un accroissement substantiel des services directs aux communautés. Les dispensaires manquent encore d'équipements, les professionnels de la santé se font toujours rares et ne collaborent guère plus avec les représentants de ces communautés, les travailleurs sociaux ne parviennent pas à faire tomber les barrières qui les séparent des autochtones, etc. Par contre, les autochtones se montrent plus sensibles aux types d'intervention développés par les représentantes en santé communautaire et les travailleurs communautaires. Issus des communautés autochtones, ces intervenants constituent en quelque sorte le lien le plus stable entre celles-ci, dont ils connaissent les valeurs, et les professionnels du réseau qui encadrent leur action. Ils permettent, de plus, d'atténuer les effets des problèmes linguistiques et culturels qui réduisent l'accessibilité réelle aux services. Enfin, leur présence permet d'entrevoir que les communautés autochtones ne sont pas condamnées à rester dépendantes du personnel en provenance du Sud.

Les représentants des populations autochtones signalent, par ailleurs, que les insatisfactions multiples ressenties à l'endroit des services de santé et des services sociaux ont entraîné la création d'une double structure de distribution de services, particulièrement dans le domaine des services sociaux. Ils expliquent que si les Conseils de bande ont depuis peu obtenu du gouvernement canadien le contrôle sur l'administration des services sociaux distribués sur les réserves, ils demeurent soumis à la législation québécoise en ce qui concerne les services fournis par les CSS en vertu de contrats de services. Peu consultés quant aux orientations de ces services et se heurtant à la juridiction du MSSS, plusieurs Conseils de bande ont mis sur pied une structure parallèle de services sociaux dits de première ligne. Les populations autochtones vivant en milieu urbain en ont fait autant, offrant, par le biais de leurs Centres d'amitié autochtones, certains services tels l'hébergement. Ces services ne sont toutefois pas reconnus par le réseau. En dépit des recours à différentes sources de financement, les fonds disponibles s'avèrent limités et ne permettent pas de répondre efficacement aux besoins.

Par ailleurs, les communautés autochtones des régions nordiques soulignent l'insuffisance des budgets de développement versés aux CRSSS. Le niveau des services auxquels elles ont accès demeure encore bien en deçà de celui qui est offert aux populations du Sud.

Elles déplorent aussi les problèmes de recrutement, le manque de stabilité du personnel venu du Sud et le caractère irrégulier des visites effectuées par certains professionnels comme les médecins ou les dentistes. Elles ont de plus questionné, à quelques reprises, la formation des infirmières et des travailleurs sociaux venus pratiquer en milieu autochtone.

Mais, de concert avec l'ensemble des communautés autochtones, elles insistent surtout sur la faiblesse des progrès enregistrés au chapitre de « l'autochtonisation »

des postes. Des structures ont été mises en place sans qu'il leur soit possible, à moyen terme du moins, d'en assumer la gestion et de se les approprier. Par ailleurs, peu d'efforts ont été consentis en vue d'implanter des programmes de formation destinés aux autochtones. Là encore, les engagements pris par le gouvernement québécois tardent à se traduire dans les faits.

1.6 Le rôle et la place des services dispensés par les organismes communautaires

L'originalité des représentations effectuées par les usagers et les organismes communautaires repose, dans une large mesure, sur la démonstration de la capacité d'auto-organisation de la communauté dans la recherche et la mise en œuvre de solutions aux problèmes que le système ne parvient pas à résoudre. La diversité des domaines d'intervention des organismes issus de la communauté est d'ailleurs fort éloquente. Ces organismes mettent tantôt sur pied des services de références, d'information et d'éducation en matière d'auto-santé, de défense des droits ou même de budget. Tantôt encore, ils gèrent des comptoirs vestimentaires, des coopératives alimentaires ou des coopératives de logements. Certains offrent des services communautaires de santé (ex. : prise de tension artérielle ou soins palliatifs à domicile) tandis que d'autres mettent l'accent sur le soutien moral et le réconfort spirituel des personnes en difficulté. Ils hébergent des itinérants et des femmes violentées ou participent à la création de nouveaux équipements collectifs (ex. : garderies, maisons de convalescence ou de dépannage, maisons de naissance, centres communautaires, etc.). Ils s'aident entre pairs, comme c'est souvent le cas pour les personnes alcooliques par exemple, ou interviennent auprès de différentes populations cibles, leur offrant des services qui complètent, prolongent et même remettent en question les actions menées par le réseau institutionnel.

Contrairement à la section précédente, la synthèse effectuée ci-dessous puisera dans l'ensemble des représentations les éléments qui permettent de circonscrire le champ, les approches ainsi que le rôle de l'action volontaire et d'identifier les principaux problèmes auxquels se heurtent les ressources et les services créés par la communauté au-delà des problèmes propres aux différentes catégories de la population.

Il convient d'abord de souligner que plusieurs représentations parlent d'action volontaire pour désigner toute initiative issue de la communauté et non d'une décision gouvernementale. L'action volontaire s'inscrit plutôt dans une perspective de développement social collectif. Elle se distingue en effet du modèle qui rend l'amélioration de la santé et du mieux-être tributaire du rythme ou du niveau de développement de services publics de plus en plus spécialisés et professionnalisés. L'action volontaire s'organise aujourd'hui sur la base d'un effort de réappropriation des savoir-faire naturels et de participation active de la population à l'amélioration de la qualité de vie des collectivités.

Certains organismes ont également développé une réflexion sur les tendances actuelles du changement social. Selon eux, la résurgence des groupes communautaires de même que la diversification progressive de leurs champs d'intervention s'inscrit dans un processus de transformation des rapports de pouvoir existants. Il s'agit en fait d'un mouvement instable, presque éclaté dans ses manifestations mais dont la finalité renvoie à l'établissement d'une nouvelle dynamique entre l'État et la société. On souligne de plus que le caractère pluriel des interventions des organismes communautaires traduit en quelque sorte une volonté d'expression et d'action autonomes de la société face à la menace que

représente l'envahissement — voire même l'appropriation — par l'État de tout le champ social. La diversité et la souplesse des formes d'organisation de l'action volontaire est enfin envisagée comme une négation dans les faits de la tendance au nivellement des pratiques sociales par l'État.

Les organismes communautaires, à visages multiples, conviennent par ailleurs que leur champ d'action commence immédiatement là où la mobilisation de l'individu et de ses ressources immédiates devient insuffisante et qu'il s'arrête avant tout processus institutionnel. Selon ces organismes, le secteur communautaire se compose donc à la fois des groupes d'entraide, des groupes d'intérêt, de promotion et de défense des droits, des organismes bénévoles orientés vers l'assistance ou l'entraide communautaire et des ressources alternatives qui se définissent, pour leur part, comme un véritable réseau parallèle de services.

Bien qu'ils se situent à des degrés de formalisation et d'institutionnalisation fort variables, tous ces organismes insistent néanmoins sur certaines caractéristiques de leur fonctionnement communes à tous. Tout d'abord, ils se développent à proximité des milieux naturels de vie puisqu'ils naissent en réponse aux besoins de leur communauté : ils sont donc en contact direct avec ceux vers qui sont orientés leurs services, ce qui facilite l'évaluation immédiate des besoins et permet d'y répondre par des actions rapides redéfinies au gré de l'évolution de ces besoins. Le niveau d'utilisation de leurs services par la population des milieux dans lesquels ils s'insèrent atteste d'ailleurs, selon eux, de l'importance et de la crédibilité qu'ils ont acquises en maintenant cette proximité et cette capacité d'ajustement continu. À cet effet, plusieurs organismes privilégient la création de ressources dotées d'infrastructures légères au sein desquelles il est possible de conserver une dimension humaine et, ainsi, de demeurer sensible aux besoins de la population.

Les organismes communautaires soulignent de plus qu'ils interviennent au niveau de la prise en charge des besoins non satisfaits par le réseau institutionnel. À leur avis, cette prise en charge doit toutefois obéir à la volonté qu'ont les individus et les groupes de contribuer à l'amélioration des conditions et de la qualité de vie de leur communauté respective. Plusieurs organismes ont en effet manifesté leurs craintes devant les tentatives extérieures de récupération et de contrôle de leurs interventions par le biais du financement, par exemple. C'est de l'intérieur, à partir de sa propre évaluation des besoins et en fonction de ses objectifs spécifiques que le secteur communautaire doit et entend se définir.

Pour les organismes communautaires, la différence entre leurs interventions et celles du réseau public apparaît évidente à maints égards. Le formalisme et la rigidité observée au sein du réseau fait place chez eux à la souplesse et à la créativité. Les organismes insistent de plus sur leur approche personnalisée et humaine, fondée sur une philosophie qui se distingue de l'intervention professionnelle et des thérapies traditionnelles par l'accent placé sur l'écoute, la participation active des usagers, la globalité, la polyvalence et le caractère préventif des interventions, etc.

Au-delà de ces caractéristiques de l'action volontaire, les organismes se situent dans une perspective de reconstruction d'un milieu communautaire . Ils se perçoivent comme des agents de changement, de mobilisation et de responsabilisation des ressources du milieu dans la poursuite du développement

physique, mental et social des individus et des communautés. Dans leurs efforts en vue d'améliorer la qualité de vie et de réduire les inégalités persistantes des individus face à la santé et au mieux-être, ils refusent toutefois de se laisser cantonner dans un rôle de distributeurs de services à moindres coûts.

Ces grandes orientations les amènent à se doter de principes qui guident leurs interventions. Qu'il s'agisse d'organismes bénévoles, de groupes d'entraide ou même de ressources alternatives, tous favorisent l'apprentissage de la vie communautaire et tentent de stimuler l'implication des individus dans leur collectivité. Ils accordent ainsi une grande importance à la qualité et au développement des relations interpersonnelles de même qu'à la participation de la communauté à l'élaboration des orientations et à la gestion des ressources mises en place.

Ils se déclarent de plus soucieux de soutenir concrètement la démarche des individus vers l'autonomie. L'échange, la réflexion, l'éducation et l'information constituent pour eux de précieux instruments non seulement de prévention mais aussi de développement d'une capacité d'évaluation critique et d'un sens des responsabilités chez des individus jusque-là maintenus dans un état de dépendance vis-à-vis des services institutionnels ou professionnels. Ces moyens contribuent de plus à la diffusion d'un modèle fondé sur l'instauration de rapports égalitaires entre les utilisateurs et les distributeurs de services.

Plusieurs organismes insistent enfin sur l'importance du renouvellement constant des approches et de l'exploration de différentes voies. Cette ouverture n'est toutefois pas exempte de méfiance. On s'inquiète, par exemple, de voir les méthodes utilisées par certaines associations pour assurer la promotion des médecines douces ou de différentes thérapies. On s'interroge de plus sur certaines pratiques plus axées sur la commercialisation que sur l'établissement d'un rapport différent des individus à leur santé. On signale enfin que la simple substitution des thérapies alternatives à la médecine « officielle » n'entraînera aucun progrès réel si est ainsi recréée la dépendance des usagers vis-à-vis des thérapeutes.

Ces principes s'incarnent, par ailleurs, dans les services mis en place par les organismes communautaires. Ces services sont tout aussi diversifiés que les besoins auxquels ils répondent et, comme la précédente section le laissait entrevoir, ils empruntent des formes qui s'adaptent aux spécificités des populations visées. Ainsi, les ressources destinées aux femmes s'organisent autour des problématiques touchant la planification des naissances, la grossesse et l'accouchement, la violence conjugale, la démédicalisation des pratiques de même que la réappropriation par les femmes elles-mêmes du contrôle sur leur corps et leur cycle de vie : on pense ici aux centres de femmes, aux centres de santé, aux maisons d'hébergement, etc. Alors que la question du chômage et de l'intégration sociale est au cœur des préoccupations des organismes oeuvrant auprès des jeunes, leurs ressources s'orientent principalement vers la distribution de services destinés à accroître l'« employabilité » des jeunes et à favoriser le regroupement de ces derniers dans des lieux qui leur permettent d'échanger, de s'affirmer et d'entreprendre des actions collectives: les ressources de type Action-travail et les maisons de jeunes en constituent des exemples. Les organismes bénévoles offrent des services d'accueil, d'information, de référence, d'accompagnement, d'écoute téléphonique, de prévention du suicide, d'aide à domicile ou encore de transport adapté. Les groupes d'entraide se distinguent

plus particulièrement par les services d'animation, de support moral ou encore d'assistance mutuelle.

Bien que la permanence et le fonctionnement de ces ressources soient parfois minimalement assurés par du personnel salarié, les organismes communautaires se maintiennent dans une large mesure grâce au travail bénévole. Plusieurs organismes soulignent par ailleurs leur difficulté de recrutement d'un personnel compétent en raison des conditions de travail qui sont offertes, des faibles perspectives de recyclage et de ressourcement de même que de l'insécurité inhérente au mode de financement des ressources communautaires. Selon eux, cette situation entraîne non seulement l'épuisement, la démotivation et un taux élevé de roulement du personnel en place mais aussi une insécurité permanente pour les usagers. On crée chez ces derniers des attentes qui risquent de n'être plus satisfaites en cas de non-renouvellement des subventions, par exemple.

La question de l'utilisation massive du bénévolat est aussi abordée par les organismes communautaires. Outre les risques déjà évoqués d'un alourdissement progressif des tâches devant être assumées par les individus — particulièrement par les femmes — et les collectivités, plusieurs organismes soulignent que la nécessité de recourir au travail bénévole pour maintenir leurs activités camoufle dans bien des cas le problème de la non-reconnaissance du rôle de suppléance exercé, par la force des choses, par les groupes communautaires. Ces organismes considèrent que leur contribution à la production et à la distribution de services inexistants ailleurs doit être reconnue et financée de manière adéquate. Leur présence et le rôle qu'ils doivent remplir en raison des lacunes observées au sein du réseau ne doivent pas être perçus comme une façon, pour le gouvernement, de réaliser des économies en substituant le développement des services institutionnels aux services qui reposent sur le bénévolat.

Les problèmes rencontrés en termes de financement se situent, par ailleurs, sur différents plans. On souligne ainsi la multiplicité des pourvoyeurs de fonds et, conséquemment, des démarches à effectuer. Existent en effet différents programmes — permanents ou conjoncturels — financés par les gouvernements fédéral et provincial. Des contributions peuvent aussi être versées par certaines municipalités, le secteur privé ou encore la population lors des campagnes de financement organisées par les organismes. Certains d'entre eux prélèvent une part des montants remboursés par la RAMQ aux médecins salariés qu'ils emploient. D'autres enfin se voient dans l'obligation de demander une contribution des usagers de certains services. Parmi ceux-ci, certains jugent légitime une telle contribution lorsqu'elle est considérée sous l'angle d'une participation concrète des individus à la résolution de leurs problèmes. Cette contribution peut prendre des formes directes (ex. : défraiement du coût des repas par les usagers des popotes roulantes) ou indirectes, par des legs testamentaires ou des dons effectués par les familles des personnes décédées ayant bénéficié des services d'un organisme communautaire. Très souvent volontaire, elle est aussi fixée de manière à tenir compte de la capacité de payer des utilisateurs et, selon les organismes, n'est jamais utilisée comme prétexte pour refuser d'offrir des services à ceux qui n'ont pas les moyens de payer. D'autres organismes pensent malgré tout que cette pratique les place en contradiction avec les principes d'universalité et de gratuité auxquels ils adhèrent pourtant.

Plusieurs groupes affirment néamoins qu'une certaine diversité des sources de financement leur permet de maintenir plus d'autonomie de fonctionnement que si leur survie ne devait dépendre que d'un seul pourvoyeur. Cette dernière hypothèse a été évoquée à différentes reprises, particulièrement en regard du rôle des CLSC en matière de gestion des budgets de maintien à domicile et de la perspective d'une centralisation au niveau des CRSSS de l'ensemble des budgets destinés aux organismes communautaires.

Ces derniers s'en prennent aussi au caractère ponctuel et aléatoire des subventions reçues. Année après année, ils doivent reprendre leurs démarches en vue d'obtenir des subventions. Ils se retrouvent en situation d'insécurité permanente, incapables d'effectuer une planification à long terme et contraints de se plier à des normes ou des critères de financement toujours plus restrictifs. Le cas des programmes fédéraux de création d'emplois maintenant orientés vers la réintégration des chômeurs au marché du travail a ainsi été cité de même que celui des projets de travail communautaire: les critères d'éligibilité des organismes se sont progressivement resserrés, privant carrément certains groupes des subventions qu'ils obtenaient depuis plusieurs années ou en obligeant d'autres à se conformer à des exigences qui compromettaient la continuité de leurs interventions (ex.: renouvellement annuel obligatoire du personnel).

Certains groupes déplorent la concurrence qui s'instaure entre certains organismes volontaires et différents organismes privés à but lucratif pour l'obtention de certains budgets (ex.: services à domicile). Selon eux, cette concurrence risque de rendre l'octroi d'une subvention conditionnel au degré de conformisme des organismes par rapport aux normes édictées par le réseau. Celui-ci passerait alors de véritables « commandes » (i.e. contrats de services), ce qui irait bien au-delà de la démonstration de résultats exigée aujourd'hui pour l'obtention d'une subvention.

D'autres organismes soulèvent enfin la question de l'inégalité d'accès aux sources de financement. Les organismes volontaires des régions isolées, à faible densité de population ou encore aux prises avec d'importants problèmes reliés à la dégradation du tissu social, ne peuvent guère combler le vide créé par le faible niveau de financement public. La sollicitation du milieu rencontre donc pour eux des limites évidentes.

En plus des problèmes concernant le financement de leurs activités, les organismes communautaires se heurtent à des obstacles persistants dans les rapports qu'ils entretiennent avec les établissements et les intervenants du réseau. Les organismes communautaires et, plus spécifiquement, les bénévoles qui œuvrent au sein des établissements ont soulevé la question de la délimitation de leurs droits et de leur champ d'action par rapport aux droits et aux tâches assumées par les travailleurs syndiqués. Alors qu'ils contribuent directement à l'humanisation des soins et des services, ils se disent inquiets de voir leur action progressivement assujettie au contrôle institutionnel par l'entremise des « chefs de services bénévoles »: embauchés par un nombre croissant d'établissements, le rôle de ces derniers demeure en effet imprécis. Les organismes déplorent aussi les réticences dont font preuve certains bureaux de direction ou de personnel quant à la présence de bénévoles au sein de leurs établissements.

De manière plus générale, l'articulation entre le réseau et les organismes communautaires n'est jamais simple et rarement satisfaisante. D'une part, les organismes sont conscients d'assumer des responsabilités de plus en plus lourdes associées à la prise en charge des besoins auxquels le réseau n'apporte pas de réponse. Cette tendance s'est accentuée avec le processus de désinstitutionnalisation qui, selon les organismes, a engendré une demande croissante de services nulle part disponibles jusqu'au jour où la communauté les a développés.

D'autre part, les organismes communautaires ont acquis une expertise certaine mais qui ne leur est guère reconnue par les intervenants professionnels. À titre d'exemple, ils relèvent la méfiance exprimée par ces derniers quant à la continuité ou à la stabilité de l'action volontaire alors même que ces problèmes découlent bien davantage de l'absence de support offert par le réseau que de la nature intrinsèque des organismes. Ceux-ci critiquent aussi les tentatives d'encadrement par le réseau des pratiques et des services qu'ils ont développés. Cette volonté de contrôle s'exprime tantôt par le biais des programmes de formation mis à la disposition des organismes par certains établissements du réseau, tantôt par l'imposition de normes de plus en plus rigides auxquelles les organismes doivent se plier pour obtenir des subventions, tantôt encore à travers des tentatives très nettes de récupération et de reproduction au sein du réseau des approches ou des services développés par les organismes communautaires. On exprime ainsi certaines craintes face aux « ressources intermédiaires » qui empruntent la forme communautaire mais dans le cadre d'une logique institutionnelle et de pratiques professionnelles réaffirmées.

Les organismes communautaires s'entendent de plus pour souligner la faiblesse des mécanismes de consultation et de participation au processus décisionnel. Il leur apparaît que le réseau reproduit, dans ses rapports avec eux, une division des tâches et une hiérarchisation caractéristique de son propre fonctionnement. Cette situation explique sans doute que différents organismes disent entretenir avec le réseau des rapports fondés davantage sur les liens existant entre certains intervenants, sur une base individuelle, que sur des ententes formelles avec les établissements. L'idée d'un véritable partenariat, fondé sur des échanges égalitaires entre les organismes communautaires et le réseau public, ne peut, dans un tel contexte, progresser au rythme souhaité par ces mêmes organismes.

II — Le réseau institutionnel

2.1 Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux et les tables de concertation

2.1.1 Présentation

Au total, 14 séances de travail ont eu lieu entre la Commission, les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) et la Conférence des CRSSS. Les porte-parole de ces derniers ont également soumis un nombre équivalent de représentations écrites.

Par ailleurs, la Commission a entendu 15 tables de concertation, comités et commissions administratives régionales associés plus ou moins directement aux structures participatives mises en place par les CRSSS. Leurs représentations ont été intégrées à cette synthèse.

2.1.2 Les finalités et les objectifs du système

Les CRSSS constatent que les objectifs fixés dans le cadre de la réforme des années 70 n'ont pas été pleinement réalisés et qu'ils conservent aujourd'hui encore toute leur pertinence. Les CRSSS souscrivent donc d'emblée à la volonté de maintenir et de consolider un réseau de services de qualité, accessibles et équitables pour l'ensemble de la population québécoise. Ils observent néanmoins la persistance d'inégalités dans la distribution des ressources humaines, financières et matérielles entre les territoires ou encore les régions de même que l'accès inégal des individus aux ressources du système.

Ils jugent, par ailleurs, que le réseau doit évoluer avec le souci d'acquérir une plus grande efficacité tant sur les plans financier et administratif que dans la recherche des moyens les plus susceptibles d'assurer l'amélioration de l'état de santé global de la population. La population doit donc être au cœur des préoccupations du système ainsi que du questionnement auquel il doit se livrer en ce qui a trait aux modalités d'organisation du réseau, de distribution des services et d'évaluation des résultats atteints. Maintes fois galvaudé et maintenu dans des formes qui n'en permettaient guère la pleine réalisation, l'objectif de participation de la population à la définition de ses besoins et à l'administration des services doit être réaffirmé.

Pour les CRSSS, le système de santé et de services sociaux doit de plus s'ouvrir à la pluralité des modèles et à la promotion des particularismes régionaux. Seule cette voie permettra d'assurer une plus grande adaptation des ressources aux besoins, les CRSSS étant — pourvu qu'on leur accorde les moyens nécessaires — mieux placés que le niveau central pour procéder à l'identification des besoins régionaux et traduire ces derniers en termes de planification intégrée ou de programmation de services. Le système doit donc confirmer et consolider son option relative à la décentralisation et à la régionalisation des services.

Cela ne signifie toutefois pas que le niveau central doive renoncer à définir les grandes orientations qui sous-tendront l'évolution du système. Au contraire, les CRSSS déplorent l'insuffisance des objectifs nationaux de santé et de développement social devant servir de guides aux décisions et aux actions du réseau. Cette lacune fait en sorte que les enjeux de pouvoir — omniprésents au sein du réseau — triomphent des volontés pourtant réelles d'actualisation des finalités et des objectifs du système de santé et de services sociaux québécois.

2.1.3 Le fonctionnement du système

Les CRSSS examinent le fonctionnement du système de santé et de services sociaux à la lumière du processus de décentralisation mis en œuvre depuis près de 15 ans et des transferts successifs — mais toujours à la pièce et encore partiels — de mandats, de responsabilités et de pouvoirs du MSSS vers les régions. Ils ont en effet tantôt mis l'accent sur les progrès enregistrés sur le plan de l'adaptation du réseau aux spécificités régionales, tantôt indiqué les principales résistances ou les échecs auxquels se sont heurtés leurs efforts en vue d'opérer cette régionalisation.

Leurs perceptions se colorent bien sûr selon les accents ou les nuances introduites par l'hétérogénéité des régions. Ainsi, l'inventaire des problèmes rencontrés sur le plan de l'accessibilité aux services se distingue d'une région à l'autre. Les problèmes n'ont en effet ni la même acuité ni la même résonance selon qu'on se situe dans une région centrale ou dans une région éloignée, dans une région relativement homogène sur le plan culturel et linguistique ou encore dans une région caractérisée par la cohabitation de communautés distinctes, dans une région relativement autosuffisante en termes de services de base ou encore dans une région qui voit encore sa population contrainte à consommer une forte proportion de ces services à l'extérieur, etc.

Mais au-delà des particularités régionales dont ils ont souligné l'existence, les CRSSS posent des constats relativement unanimes en ce qui concerne le fonctionnement du réseau. Tous reconnaissent que l'absence d'orientation générale et de délimitation claire des responsabilités respectives du MSSS, des CRSSS et des établissements rend difficile l'adaptation des ressources aux besoins de la population. Ils se sont ainsi vu octroyer des mandats en matière de planification et de programmation régionale des services sans disposer, dans les faits, des moyens et des pouvoirs pour les actualiser. De plus, l'imprécision même de leur mission, à cheval sur des rôles parfois contradictoires, les place dans une situation d'équilibre instable tant auprès de la population, des établissements et du MSSS que sur le plan de la pondération des différents mandats qui leur sont confiés (ex.: mandats de gestion, de planification, de programmation, d'évaluation, etc.).

Par ailleurs, plusieurs CRSSS jugent qu'ils ne pourront vraiment jouer leur rôle tant que le système sera régi par l'inertie imputable au poids des différents corporatismes présents dans le réseau. La rigidité des conventions collectives de même que la persistance du cloisonnement institutionnel engendré par l'autonomie des établissements font en sorte que le système perd progressivement toute marge de manœuvre et sa capacité de laisser libre cours aux tentatives originales d'adaptation du réseau aux besoins régionaux. Ces mêmes CRSSS ajoutent que la tendance à la standardisation introduite par une réglementation excessive constitue un blocage supplémentaire qui empêche le réseau de fonctionner autrement que selon un mode bureaucratique.

Dans un autre ordre d'idées, les CRSSS soulignent que peu de choix politiques se traduisent en objectifs globaux de santé et de développement social et, en conséquence, que les efforts de planification ne parviennent pas à s'inscrire au niveau de services intégrés sur une base multi-sectorielle. Le réseau de la santé et des services sociaux n'a encore que faiblement développé des liens avec les réseaux éducatifs, judiciaires ou encore municipaux, ce qui ne lui permet guère de déboucher sur une planification et une programmation tenant compte de l'ensemble des besoins et des ressources d'une communauté donnée.

Ce processus d'identification des besoins se heurte de plus à la faiblesse des outils d'évaluation disponibles, au chevauchement des mandats et à la dispersion des ressources entre les CRSSS, les DSC et les CSS, aux problèmes de circulation et d'accessibilité des données recueillies de part et d'autre de même qu'à l'insuffisance — voire même l'inexistence — des recherches portant sur certaines sphères de l'intervention en matière de santé et de services sociaux. Plusieurs CRSSS — particulièrement ceux des régions éloignées — ont ainsi souligné l'absence de recherches à caractère régional, celles-ci ayant de la difficulté à susciter l'intérêt d'équipes de chercheurs reconnus et, ainsi, à obtenir l'appui des organismes qui octroient les subventions de recherche.

Tandis que les considérations précédentes renvoient aux principaux problèmes identifiés en matière de planification et de programmation des services, les CRSSS ont aussi relevé bon nombre de difficultés de fonctionnement reliées à un mode d'organisation qui permet encore les dédoublements de services et l'entrecroisement des missions non seulement des établissements de catégories différentes mais aussi des établissements d'une même catégorie. De plus, les aspects juridiques et budgétaires du système stimulent la rivalité bien plus qu'ils ne favorisent la concertation régionale en matière d'organisation et de distribution des services : les CRSSS font ainsi référence à l'autonomie des établissements qui, selon eux, contrecarre trop souvent la recherche d'une complémentarité accrue ; ils opposent, de plus, la logique de développement institutionnel autocentré à celle de l'implantation d'un réseau intégré de services et, enfin, l'appartenance à une catégorie donnée d'établissements à la diffusion d'un modèle fondé sur la responsabilité collective des établissements d'un secteur face à l'ensemble de leurs clientèles. Puisque le « réseau » apparaît dès lors constitué d'un ensemble de corporations autonomes auxquelles sont directement versés les budgets de fonctionnement, il leur semble difficile de pousser la concertation plus loin que ne le permet la seule bonne volonté des établissements.

Pour les CRSSS, la notion de « réseau » parvient donc difficilement à s'imposer et demeure toujours précaire car la concertation sur laquelle elle repose est en

proie à de multiples court-circuitages. En l'absence d'unanimité des différents acteurs, les CRSSS se demandent en effet comment éviter que ne soient compromises les dynamiques régionales ou sous-régionales d'élaboration de réseaux intégrés de services. Ils s'interrogent de plus sur les moyens d'empêcher que les litiges n'entraînent la paralysie du processus de concertation dans les situations où ni eux ni le MSSS ne disposent du pouvoir réel d'arbitrer et de trancher. Ils perçoivent enfin clairement les limites d'un tel processus puisque même les décisions ayant fait l'objet de consensus régionaux très nets risquent de se voir renversées ou rendues inapplicables, soit en vertu de décisions politiques, soit en raison de la résistance opposée par certains fonctionnaires du MSSS.

En dépit des obstacles qu'ils rencontrent à ce chapitre, les CRSSS jugent essentielle la recherche d'une complémentarité accrue des services et la mise en place de mécanismes de concertation régionaux et sous-régionaux. Ils ont d'ailleurs, au fil des ans, contribué directement à l'instauration et à la reconnaissance de plusieurs tables de concertation qui prolongent et, dans certains cas, qui renouvellent les formes de participation du réseau et des milieux concernés. Quelques CRSSS envisagent en effet les tables de concertation comme un substitut aux commissions administratives qui, à maints égards, apparaissent trop rigides, inefficaces et désuètes. Qu'elles œuvrent sur une base sous-régionale en vue de rationaliser l'utilisation des ressources disponibles ou qu'elles soient centrées sur des programmes et des clientèles particulières, ces tables constituent, de l'avis des CRSSS, l'indice d'une progression de l'idée même de concertation non seulement parmi les différents intervenants du réseau (ex. : gestionnaires, professionnels, etc.) mais parfois aussi dans les rapports qui s'installent soit de manière *ad hoc*, soit sur une base plus permanente entre ces intervenants et ceux des secteurs communautaire, socio-économique, municipal, éducatif ou encore judiciaire. Différentes tables de concertation ont ainsi affirmé leur volonté d'associer plus étroitement leurs partenaires des autres réseaux qui partagent avec elles certaines problématiques.

Par ailleurs, la plupart des tables rencontrées entretiennent des liens plus ou moins formels avec les CRSSS. À l'instar des différents comités qui se greffent ou relèvent directement de la structure des CRSSS, elles se présentent en effet comme autant d'outils de définition des éléments d'une programmation intégrée dans la mesure où elles dressent l'inventaire des besoins et des ressources pour des territoires restreints ou des problématiques précises. Elles avouent toutefois n'être jamais assurées que les priorités identifiées par leurs membres soient effectivement retenues par les CRSSS qui conservent la responsabilité des arbitrages régionaux. Elles déplorent de plus l'absence de garanties quant à la traduction de ces priorités en programmes conformes aux objectifs visés puisque ni elles ni le CRSSS ne maîtrisent le processus d'attribution des moyens et des budgets. Sur ce plan, la gestion demeure fortement centralisée au MSSS.

Certaines tables ont enfin manifesté leur inquiétude à l'égard d'un processus qui tend à les assujettir ou à les transformer en simples instruments des CRSSS. Bon nombre d'entre elles sont demeurées indépendantes des CRSSS et refusent de sacrifier le caractère essentiellement volontaire des rapprochements auxquels elles ont donné lieu au profit d'une institutionnalisation plus poussée de la concertation régionale. Mais même les tables mises sur pied ou reconnues après coup par les CRSSS disent craindre les effets de cette institutionnalisation : l'octroi de responsabilités et même de moyens accrus servirait, dans bien des cas, de

canal de diffusion des priorités définies régionalement, les tables étant alors astreintes à se conformer ou à opérationnaliser une planification et une programmation venues d'en haut. À l'appui de leur crainte, plusieurs tables évoquent le dossier relatif à la mise en place de mécanismes régionaux et sous-régionaux d'évaluation et d'admission des personnes âgées en attente de placement.

Pour les CRSSS toutefois, l'état actuel de fragmentation du réseau et la primauté des intérêts corporatistes ne permettent guère, à court terme, d'aller plus loin ou d'envisager autrement qu'à l'essai une délégation d'autorité vers les tables de concertation. Agir autrement risquerait, selon eux, de compromettre les acquis — encore fragiles mais réels — enregistrés sur le plan de la continuité des services à la population. Différents regroupements administratifs de même que certaines expériences volontaires de services partagés montrent en effet que l'« approche réseau » se diffuse et imprègne progressivement les mentalités.

C'est au nom de la population que les CRSSS remettent en question le fonctionnement cloisonné du réseau. C'est aussi en son nom qu'ils observent l'inefficacité des formes et des mesures adoptées en vue de susciter la participation des individus et des communautés non seulement à la définition et à l'expression des besoins mais aussi — et surtout — à l'administration des services. Ils relèvent certes l'existence de lacunes importantes sur le plan de l'information et des communications avec la population mais qui ne sauraient, à elles seules, expliquer le faible intérêt manifesté par la population vis-à-vis des structures participatives du réseau. Celles-ci sont pourtant nombreuses, trop nombreuses peut-être de l'avis de plusieurs CRSSS qui associent la multiplication des structures à la dilution non seulement du pouvoir décisionnel mais aussi de l'intérêt que la population est susceptible de porter à chacune de ces structures.

Ces mêmes CRSSS remettent, de plus, en question la légitimité des décisions prises au niveau des différentes instances participatives lorsqu'ils observent que professionnels, administrateurs et groupes représentatifs de la population s'y rencontrent sur la base d'intérêts parfois si divergents que l'adoption des priorités et des choix susceptibles d'assurer une plus grande adaptation des services aux besoins passe souvent au second plan. Ils constatent de plus que la population n'y intervient généralement que de manière timide, écrasée par le poids et même le vocabulaire des permanents du réseau. Ils soulignent enfin que les conseils d'administration apparaissent peu représentatifs tant sur le plan géographique qu'en ce qui concerne la composition socio-culturelle des communautés au sein desquelles ils œuvrent.

Sur un autre plan, plusieurs CRSSS admettent leur relative impuissance dans l'actualisation de certains mandats qui impliquent pourtant des responsabilités à l'endroit de la population et des organismes communautaires. Ils font notamment référence au caractère partiel du mandat relatif au traitement des plaintes, qu'ils doivent assumer sans disposer d'un véritable pouvoir d'enquête, de même qu'à l'absence de contrôle sur l'ensemble du processus d'attribution des subventions aux organismes communautaires de leur région respective.

2.1.4 Le financement du système et la gestion financière

Les CRSSS estiment avoir déjà joué et devoir continuer à tenir un rôle important en ce qui a trait à la rationalisation des ressources. De concert avec les établissements, ils gèrent de plus certaines enveloppes budgétaires (ex. : immobilisations et équipements, approvisionnement en commun) et disposent

d'une certaine marge de manœuvre dans le processus d'allocation des budgets de développement. Mais, en cette matière, ils se doivent de composer avec le MSSS dont le contrôle sur l'attribution des budgets de fonctionnement peut contrevenir aux efforts régionaux de développement des secteurs qu'ils jugent pourtant prioritaires.

Ils soulignent, de plus, les conséquences de l'étanchéité des postes budgétaires. Ainsi, les surplus réalisés sur les budgets de fonctionnement ne peuvent être investis pour combler le manque à gagner au chapitre des budgets d'immobilisations et d'équipements. Entre autres conséquences, cette rigidité entraîne d'importants délais dans l'attribution de budgets pour contrer les effets de la vétusté des établissements ou pour procéder au renouvellement des équipements.

Les CRSSS affirment, de plus, que la budgétisation par programme retenue par le MSSS ne permet pas non plus aux régions de procéder à des réallocations de ressources pour corriger les déséquilibres entre les moyens consentis au secteur sanitaire et ceux du secteur social. Puisque les budgets sont directement octroyés aux établissements, il s'agit, selon eux, d'un mode d'allocation des ressources qui ne comporte, en définitive, aucun incitatif tangible à la complémentarité des services et à la traduction des plans en programmation intégrée.

Certains CRSSS se demandent, par ailleurs, si l'idée d'une privatisation partielle de certains services (ex. : services accessoires et auxiliaires) ne mérite pas un examen plus soutenu dans un contexte où l'on vise une plus grande efficacité des ressources. S'il s'avérait ainsi possible de réaliser des économies, cette idée n'aurait-elle pas l'avantage de permettre une rationalisation qui laisserait intacts le volume et la qualité des services directs à la population?

Confrontés au sous-financement chronique des immobilisations et des équipements, d'autres CRSSS envisagent même le versement, par les bénéficiaires, d'une contribution pour certains types de services.

Les CRSSS s'entendent néanmoins pour critiquer un mode de financement et d'attribution des ressources qui fait perdurer d'importantes disparités entre les régions et les sous-régions, entre les différentes catégories d'établissements et même entre les établissements de même catégorie.

2.1.5 Les ressources humaines des services de santé et services sociaux

Les CRSSS accordent une grande importance à la question de la répartition des effectifs médicaux car, au-delà des situations de pénurie absolue rencontrées dans certaines régions, apparaissent des problèmes liés à la mauvaise distribution de ces effectifs au sein de régions théoriquement bien pourvues. Ils soulignent ainsi que l'accessibilité aux services médicaux de base demeure incertaine non seulement dans les régions périphériques mais aussi dans plusieurs établissements situés dans des régions à plus forte densité de population. Plusieurs régions ne disposent pas d'une gamme de spécialités de base tandis que de nombreux citoyens n'ont qu'un accès limité aux services médicaux surspécialisés et aux technologies de pointe.

Les CRSSS déplorent l'absence d'une véritable planification globale des effectifs médicaux. L'actuel mode de gestion et de négociation centrale — dont ils sont exclus — des mesures visant à assurer une meilleure répartition des

médecins manque à leur avis de souplesse et ne parvient pas à définir de solutions adaptées aux particularités locales et régionales.

Par ailleurs, la formation des effectifs médicaux ne tient pas compte des conditions réelles de pratique ni des besoins des différentes régions. De plus, le contingentement des spécialités médicales perpétue la pénurie d'effectifs observée dans certaines disciplines.

Les CRSSS critiquent enfin le mode de rémunération à l'acte qui favorise une pratique médicale de type curatif, une utilisation peu rationnelle des ressources hospitalières et une répartition inadéquate de la main-d'œuvre.

Selon eux, l'absence de contrôle sur les budgets consacrés aux ressources médicales les empêche d'intervenir efficacement et à long terme dans ce dossier de la même manière que le fait de ne pas disposer d'une enveloppe budgétaire globale les rend incapables de réaliser pleinement les aménagements requis par une véritable régionalisation.

2.2 Les centres hospitaliers

2.2.1 Présentation

Les centres hospitaliers de même que leurs associations nationales et régionales ont déposé à la Commission 46 représentations écrites portant sur les problèmes et les enjeux du système de santé et de services sociaux. Ils ont également rencontré la Commission à 22 reprises lors de la tournée de consultation.

2.2.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux

Les CH souscrivent à peu près sans réserve aux grands objectifs tracés par la Commission Castonguay-Nepveu. Bien que, selon eux, les progrès réalisés depuis 15 ans soient substantiels, les modes actuels de fonctionnement et de financement du système menacent les acquis et compromettent la réalisation des objectifs. Les CH s'interrogent donc plutôt sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les finalités du système plutôt que sur les finalités elles-mêmes.

L'accessibilité aux services de santé demeure au cœur des préoccupations des CH. Ce principe doit constituer un des pivots du système, même si certains souhaitent qu'on en définisse davantage les contours et les limites. Dans un contexte où il devient courant d'effectuer des choix, certains CH diront que la gratuité totale frôle l'utopie, alors que d'autres insisteront pour préserver la gratuité totale de certains services, ceux destinés aux enfants et aux adolescents, par exemple.

Les entraves à l'accessibilité tiennent à une série de facteurs. Le concept « de porte d'entrée unique » dans le système de santé est loin d'être passé dans les faits, ce qui occasionne confusion, dédoublement des services et perte d'efficacité. Les personnes âgées et les personnes souffrant de troubles psychiatriques trouvent difficilement accès à des soins adaptés à leurs besoins. Ces clientèles cherchent refuge dans les CH et contribuent pour une bonne part à l'encombrement des services. Cet encombrement a pour effet de retarder ou de compromettre l'admission en CH des clientèles dites électives. En outre, la répartition des ressources médicales sur le territoire est très inégale et prive certaines régions des services de base auxquels elles auraient droit.

Les régions du Québec vivent en effet de façon fort inégale les problèmes d'accessibilité aux services de santé. Alors que dans les régions urbaines on fait surtout état de l'encombrement des urgences, de la mauvaise répartition et du manque de lits pour les soins actifs, intensifs et de longue durée, les régions éloignées et isolées se plaignent des effets de la pénurie de professionnels de la santé, de la sous-budgétisation et du manque de ressources en tout genre. En général, les services de deuxième et de troisième ligne seraient peu ou pas accessibles dans ces régions. De plus, les populations de ces régions vivent fréquemment des problèmes de santé plus aigus à cause de conditions socio-économiques défavorables (chômage, pauvreté, conditions de travail précaires ou dangereuses, sous-scolarisation, isolement, etc.). Dans les régions nordiques, ces difficultés sont accrues non seulement à cause de l'isolement et des conditions de transport mais également à cause du fossé culturel et linguistique qui existe entre la population autochtone et les personnes qui dispensent les services.

Les CH des régions intermédiaires connaissent aussi des conditions qui entravent l'accessibilité aux services. Selon eux, les CH des régions urbaines drainent une partie de leurs clientèles et siphonnent les ressources et les budgets afférents, alors que les CH des régions éloignées ou dites « désignées » sont en mesure d'offrir, depuis l'adoption de mesures incitatives, des avantages de toutes sortes pour attirer le personnel professionnel. Le sous-financement régional, la pénurie d'effectifs et le manque de ressources « anté et post-hospitalisation » pénalisent la population de ces régions.

Pour réaliser ses objectifs, le système de santé et de services sociaux doit faire face à plusieurs défis. Il doit répondre à l'évolution des besoins, eux-mêmes conditionnés par celle de la société ; il doit répartir plus équitablement les ressources et les budgets ; il doit laisser place au dynamisme des établissements, rechercher une plus grande intégration des services de santé et des services sociaux et s'interroger sur les approches dans le domaine de la santé.

À ce sujet, plusieurs CH insistent sur la nécessité de développer, en réaction au morcellement des pratiques, un réel concept de santé globale s'appuyant sur des principes tels que la continuité et l'humanisation des soins, la prise en charge individuelle et communautaire de la santé, l'intégration du préventif et du curatif, la multidisciplinarité, etc. D'autre part, des expériences novatrices sont tentées en vue de maintenir le plus possible les patients dans leur milieu de vie naturel. On constate cependant que la mise en œuvre de nouvelles approches et de nouvelles pratiques en santé se bute aux multiples résistances du système.

2.2.3 Les besoins en services de santé et en services sociaux

Le déséquilibre actuellement constaté entre l'offre et la demande de services tient à l'évolution des besoins. Cette évolution s'explique non seulement par des facteurs démographiques (vieillissement de la population) mais aussi par les changements qui se sont opérés dans la société québécoise quant aux valeurs, aux comportements et aux conditions socio-économiques. Par exemple, le concept de famille s'est transformé, les valeurs rattachées à la santé ne sont plus les mêmes et les exigences de la population ont augmenté. Le défi actuel du système de santé consiste à s'adapter le plus rapidement possible à l'évolution des besoins. Selon les CH, ce système fait trop souvent preuve de rigidité, de lourdeur et de lenteur... alors que la situation exigerait beaucoup plus de souplesse. Les CH se trouvent, en outre, confrontés à des problèmes de fonctionnement plus aigus à la suite des exercices de rationalisation, de réduction des ressources

(humaines, matérielles et financières) et de contingentement auxquels ils ont dû se plier depuis 1981, ce qui ne facilite pas l'adaptation aux besoins.

On parle maintenant de clientèles prioritaires: les personnes âgées et les personnes souffrant de maladie mentale. Par ailleurs, ces clientèles sont jugées responsables, dans une large mesure, de l'encombrement des urgences des CH de courte durée puisqu'elles perçoivent ces établissements comme les portes d'entrée aux soins prolongés et à l'hébergement. Elles s'y présentent donc et séjournent longtemps à l'urgence, provoquant des crises perpétuelles dans le système. Mais la situation des urgences ne s'explique pas uniquement par ces causes structurelles. Elle renvoie aussi à des facteurs de type organisationnel qui jouent un rôle non moins prépondérant: modes d'admission et d'évaluation des patients, coordination générale, distribution inadéquate des lits, absence d'alternative à l'hospitalisation pour plusieurs genres de clientèles, mode de rémunération des médecins travaillant à l'urgence, etc. Les CH ajoutent que les établissements qui, selon les voeux mêmes du Ministère et du CRSSS, ont « priorisé les urgences » se sont vus obligés d'admettre des cas complexes pour une durée de séjour plus longue que la moyenne.

- **Les personnes âgées**

Les CH estiment que leur fonctionnement est profondément perturbé par les effets du vieillissement de la population: leurs interventions sur ce sujet sont nombreuses et font consensus. Les conséquences les plus évidentes de ce phénomène sont l'engorgement des urgences, l'encombrement des CH, l'augmentation du nombre des « cas lourds » en CA et en CH de longue durée. Le nombre de patients en attente d'hébergement augmente constamment. On note un besoin accru de lits de soins de longue durée, de soins intensifs et de soins actifs. Cette question donne lieu à de sérieuses discussions dans la région de Montréal où, dit-on, « personne ne s'entend sur la définition des besoins en lits hospitaliers de courte durée ».

Certains CH critiquent le système intégré ou régional d'admission pour les soins de longue durée: celui-ci serait impuissant devant le manque de ressources en lits et la mauvaise répartition régionale des ressources. Il constitue donc pour certains CH une structure bureaucratique coûteuse qui a complètement « déresponsabilisé » les parties en cause (familles, résidents, établissements). Son inefficacité et sa lourdeur ont pour effet, dit-on, de refouler les malades dès l'admission. D'autres problèmes ont trait à l'absence de coordination et à des mécanismes déficients d'évaluation des bénéficiaires.

Quantité de personnes âgées se retrouvent en transit dans des CH où l'on n'a ni les programmes ni les capacités requises pour satisfaire leurs besoins: on fait ici référence à des services d'acccueil, d'évaluation, d'orientation, de réadaptation, de psychologie, d'audiologie, d'orthophonie et même de soins médicaux. Les ressources professionnelles compétentes en gériatrie sont rares et le personnel des CH manque de formation adéquate.

Des CHLD constatent, pour leur part, qu'ils projettent dans le réseau une image de « mouroir » et qu'ils se situent au bas de la hiérarchie des CH. Certains font valoir les efforts qu'ils déploient pour fournir aux personnes âgées des services adaptés à leurs besoins et un cadre de vie agréable: mise sur pied d'unités de

psycho-gériatrie, soins en réadaptation, approche individualisée, recyclage du personnel, etc.

- **Les personnes souffrant de troubles mentaux**

Les CH qui ont abordé la question des besoins en santé mentale ont généralement fait état de l'augmentation du nombre des « cas lourds » et de la demande croissante de soins. Cette clientèle fréquente assidûment les petits et moyens CH, en particulier ceux de la région de Montréal. Le fonctionnement de ces CH en est profondément perturbé et la situation, dit-on, est devenue proprement intolérable dans les urgences où des malades psychiatriques séjournent en permamence. En outre, certains précisent qu'en matière de soins aux enfants, les effectifs en pédo-psychiatrie sont insuffisants et mal répartis.

Le domaine de la santé mentale a connu d'importants développements dans les dernières années. Compte tenu de l'accroissement des besoins et de nouveaux courants de pensée, les CH psychiatriques ont dû réorganiser leurs services et concevoir de nouvelles approches. Ainsi, la poursuite de nouveaux objectifs tels que la réinsertion dans la communauté et la désinstitutionnalisation, la prévention des hospitalisations, la diminution du temps d'hospitalisation et l'amélioration générale des conditions de vie des bénéficiaires a eu et continue d'avoir de nombreuses conséquences.

Certains rappellent les conditions de réussite du mouvement de désinstitutionnalisation et, par la même occasion, mettent en garde contre des applications rigides des principes visés. Il est par exemple dangereux, selon eux, d'adopter des quotas précis de lits de courte et de longue durée pour une population donnée. Il faut respecter des étapes dans le processus de réinsertion, s'appuyer sur une démarche individualisée, travailler en multidisciplinarité, s'assurer de la collaboration de tous les organismes concernés (établissements du réseau, organismes communautaires et bénévoles, services municipaux, scolaires, centres de travail, etc.).

Des CH ont ainsi mis sur pied, avec la collaboration de nombreux partenaires, un réseau intégré de ressources facilitant la réinsertion d'ex-psychiatrisés dans la communauté, notamment des ressources intermédiaires résidentielles (résidences de groupe, foyers et familles d'accueil de réadaptation, familles d'accueil spéciales, appartements transitoires, semi-autonomes, etc.) et aussi des groupes d'entraide, des services de placement, etc...

Ces opérations se butent à des difficultés bien identifiées par ces CH : résistance à la suppression des lits, résistance des médecins à s'intégrer aux équipes multidisciplinaires, résistance également des syndiqués à revoir les plans d'effectifs, nécessité d'élaborer des programmes de formation pour les professionnels, vétusté et caractère non fonctionnel des lieux, difficultés de coordination et de synchronisation intra- établissements et inter-établissements, problèmes de financement des ressources intermédiaires, besoins de soutien des bénévoles et des organismes communautaires.

Des CH situés en région périphérique font aussi part de problèmes spécifiques à ces régions. À la suite du mouvement de désinstitutionnalisation, ils ont récupéré une bonne part de la clientèle qui était hébergée dans les grands centres.

Paradoxalement, à cause du manque de ressources complémentaires de tout genre (familles d'accueil, foyers d'hébergement, etc.), dans ces régions « les malades s'institutionnalisent au lieu de se désinstitutionnaliser ». Le manque de psychiatres, de ressources matérielles et financières, la surcharge des travailleurs sociaux en milieu psychiatrique, l'absence d'articulation entre les CH et les CLSC sont autant de problèmes soulignés à ce propos.

- **Les enfants et les adolescents**

La priorité de plus en plus manifeste accordée aux deux clientèles précitées, particulièrement aux personnes âgées, n'est pas sans inquiéter certains CH qui craignent qu'on en arrive à nier d'autres besoins tout aussi importants : selon eux, même si la santé des enfants s'est grandement améliorée durant les précédentes décennies, les soins à la jeunesse méritent une attention soutenue.

La dénatalité au Québec a entraîné un taux d'occupation des unités de pédiatrie de plus en plus faible et, de ce fait, une diminution des services. Par contre, de nouveaux problèmes associés à la morbidité infantile (facteurs héréditaires, maladies chroniques, problèmes psychosomatiques, etc.) ont fait leur apparition. Un des défis mentionnés pour ce secteur consisterait à tirer profit d'une évolution technologique très rapide tout en sauvegardant l'humanisation des soins.

Par rapport à ces besoins, le système présente des lacunes importantes. Il existe peu ou pas de liens entre CLSC, médecins de famille, pédiatres et CH. Le réseau des CLSC est incomplet, insuffisant et de plus en plus orienté vers les soins aux personnes âgées. Les rôles et les responsabilités sont mal définis en ce qui a trait aux enfants et aux adolescents en difficulté : le réseau des CSS est en pleine mutation et il existe peu de coordination dans ce domaine. Les soins à domicile pour les enfants atteints de maladies chroniques sont limités en général aux régions desservies par les CH pédiatriques de soins tertiaires. Certaines régions connaissent un taux de mortalité néonatal nettement plus élevé ; en dépit de cette réalité, de fortes inégalités d'accès aux soins pédiatriques persistent.

- **Autres besoins propres à diverses clientèles**

Les soins en neurologie seraient, eux aussi, accessibles de façon très inégale dans les régions du Québec. Les établissements qui dispensent des soins surspécialisés font valoir le fait que leurs équipements sont de plus en plus désuets, que leur corps médical vieillit alors que le recrutement est limité et que le nombre de lits en soins aigus est restreint. Comme c'était le cas pour la pédiatrie, d'autres CH mentionnent le manque de ressources adéquates (familles d'accueil, appartements supervisés).

Certains CH ont souligné que les communautés culturelles ont besoin de services spécifiques. Quelques-uns d'entre eux déclarent devoir dispenser leurs services en plus de vingt langues à des populations majoritairement défavorisées. Pour ces populations, l'accessibilité aux services des cliniques externes et des urgences demeure problématique.

La communauté juive, quant à elle, possède des caractéristiques qui ont un impact considérable sur l'organisation des services publics et privés censés la desservir (ex. : hétérogénéité de nationalité, pourcentage élevé d'immigrants,

dispersion sur le territoire montréalais, etc.). Le vieillissement rapide de cette population pèse particulièrement lourd puisque les personnes âgées consomment davantage de services et font appel à des formes de soutien plus élaborées.

La communauté juive doit donc supporter une population de plus en plus âgée pour qui les ressources d'hébergement manquent. La rareté des lits disponibles a entraîné l'adoption de critères d'admission beaucoup plus sélectifs et l'allongement des listes d'attente. L'insuffisance des ressources publiques, principalement celles de première ligne, a provoqué une demande croissante de services complémentaires privés qui ont toutefois été vite débordés et incapables de répondre à l'ensemble des besoins.

Pour faire face à ces besoins croissants, la communauté juive a développé une gamme considérable de services communautaires et privés (en particulier dans les secteurs de l'hébergement et des soins prolongés) qui complètent son réseau d'établissements publics. Les porte-parole de ces établissements estiment que l'État doit maintenant reconnaître ces ressources et contribuer à leur maintien.

Pour leur part, les populations autochtones souffrent de la méconnaissance par le réseau de leurs véritables besoins et du sous-développement des services qui leur sont destinés. On déplore principalement l'absence d'un système adéquat de cueillette de données et l'absence d'efforts pour dresser un portrait global de l'état de santé de ces populations. Dans les régions nordiques, on parle plutôt de rattrapage que de développement des services. Sur plusieurs plans et de façon générale, les CH concernés estiment que ces régions sont « colonisées par le Sud ».

2.2.4 Le fonctionnement du système

Lorsqu'il est question du fonctionnement du réseau, les CH s'entendent pour parler de rigidité, de centralisation, de bureaucratie, de concurrence inter-établissements et d'absence de complémentarité, de cloisonnement ou de morcellement des services et des soins, d'absence de leadership du Ministère, de confusion des rôles et de duplication des services, d'érosion des pouvoirs et des responsabilités des établissements.

Pour certains, la critique majeure adressée au système concerne la rigidité. Pour d'autres, la centralisation et la rationalisation constituent la dynamique même du système, et ceux-là notent qu'il est paradoxal qu'on impose la bureaucratie et les moyens de contrôle « au nom de la régionalisation et de la décentralisation »... D'autres encore affirmeront que la source des problèmes réside dans le fait que les CH n'ont plus le contrôle sur la pratique des soins de santé depuis qu'on a « chassé les médecins des lieux décisionnels ». Les CH des régions nordiques, quant à eux, affirment que les structures du réseau sont pensées pour le Sud et ne tiennent pas compte de leur réalité.

Les CH s'entendent pour réclamer une plus grande « responsabilisation » de tous les acteurs. Dans ce contexte, le palier gouvernemental élu devrait se limiter à assumer ses responsabilités politiques alors que les établissements devraient avoir les moyens d'assumer pleinement leur responsabilité en matière de gestion. Il importe donc, selon les CH, de décentraliser certains pouvoirs vers les établissements et de renforcer l'autonomie locale. On veut également éviter que soient élaborées des solutions uniformes aux problèmes identifiés.

En dépit de ce fort courant en faveur de l'autonomie locale, plusieurs déplorent l'absence d'une gestion globale du réseau et d'une planification d'ensemble. À cet égard, le Ministère ne jouerait pas son rôle de leader. Les CH de Montréal qui tentent, par exemple, des exercices de planification se butent aux dimensions macroscopiques des phénomènes en cause et à leur interdépendance. Ils rencontrent également des obstacles méthodologiques : ainsi, il leur est difficile d'identifier la population qu'ils doivent desservir.

Selon les CH, les mécanismes d'évaluation actuels ne produisent que des résultats fragmentaires et isolés. Non adaptés au système de production, les méthodes courantes d'évaluation des performances, les divers critères de comparaison et les indicateurs utilisés rendent aléatoire, sinon impossible, la planification à moyen et long terme. On estime, par ailleurs, que les CLSC devraient également être soumis à un processus d'évaluation des soins médicaux dispensés. La question de l'intégration des DSC aux autres mécanismes et institutions en place est aussi soulevée.

L'absence de complémentarité entre les établissements du réseau est une des préoccupations majeures des CH. Bien qu'on affirme que la concertation inter-établissements soit la voie de l'avenir, force est de constater que celle-ci demeure embryonnaire et se heurte à de multiples difficultés : confusion des rôles, pouvoirs centralisés, etc. À quelques exceptions près, le mandat des CRSSS est généralement identifié comme source principale de la confusion des rôles à l'intérieur du réseau.

L'actuelle répartition des pouvoirs MSSS/CRSSS pose des problèmes de développement aux CH en alourdissant et complexifiant le processus de décision et en provoquant des délais inacceptables dans le cheminement des dossiers. En gros, la plupart des CH en arrivent à la conclusion que les CRSSS ont dévié de leur rôle primitif en accaparant des fonctions de gestion au détriment de l'autonomie des établissements : ils s'ingèrent dans « l'opérationnel » des établissements et drainent des ressources humaines et financières aux dépens de ceux-ci. Au Nouveau-Québec, par contre, on estime que le CRSSS est le représentant privilégié du pouvoir autochtone et qu'il doit être doté de moyens suffisants pour remplir son mandat.

La performance des CRSSS est également remise en cause. Alors que ceux-ci jouent un rôle-clef dans l'organisation des services, les CRSSS n'auraient, pour certains, ni la compétence, ni les pouvoirs, ni la crédibilité pour assumer leur rôle de concertation inter-établissements. Un CH, toutefois, émet une opinion différente : selon lui, les CRSSS ont adopté des mesures d'une grande efficacité mais ils vivent tous les problèmes inhérents aux paliers intermédiaires.

Par ailleurs, les CRSSS seraient le lieu d'importants conflits d'intérêts. À ce propos, certains CH déplorent l'influence prépondérante des CH affiliés sur la prise de décision et l'allocation des ressources et affirment que les CRSSS sont noyautés par les établissements les plus puissants. Au contraire, les grands CH se disent victimes de discrimination parce qu'ils n'ont droit, dans les instances du CRSSS, qu'à une seule voix, quelle que soit leur importance.

En ce qui concerne le pouvoir décisionnel des établissements, on affirme que le Ministère fait preuve de peu de considération envers les conseils

d'administration locaux. Dans les faits, les établissements ont de moins en moins de responsabilités dans l'organisation des services qui sont planifiés et même gérés dans bien des cas par des instances régionales ou centrales. Le manque d'intérêt et de « motivation » des membres des conseils tient, d'une part, au pouvoir relatif que ces derniers ont sur la définition des orientations et, d'autre part, aux pressions qu'ils subissent de la part des groupes d'influence, à la complexité et à la lourdeur du système, à la difficulté des choix qu'ils ont à effectuer dans un contexte de restrictions et de coupures. En conséquence, le taux de roulement des membres des conseils d'administration est important.

Plusieurs opinions sont émises sur le mode de représentation actuel des conseils d'administration des CH. Pour certains, il est urgent d'apporter des réformes majeures à la composition des conseils. Bon nombre de CH estiment que les nominations de représentants de groupes socio-économiques n'ont pas donné les résultats escomptés car beaucoup de ces personnes auraient une préparation et une formation insuffisantes pour le travail administratif. Certains estiment même que la réglementation adoptée en 1973 et portant sur la composition des conseils d'administration a amené une détérioration du contrôle organisationnel exercé par le CH, un affaiblissement de l'autorité du conseil sur les différents groupes d'intervenants et une concentration du processus décisionnel à l'extérieur du conseil d'administration. Dans cette veine, on considère non pertinente la participation au conseil d'administration des représentants du personnel clinique et non professionnel ainsi que d'un représentant des bénéficiaires. La plupart des CH réclament une plus grande participation de la population aux conseils d'administration, tout en souhaitant que se resserrent les critères d'éligibilité. D'autres, par contre, proposent de renforcer la participation du personnel médical.

Le fonctionnement des CH est grandement régi par des cadres législatifs, réglementaires et normatifs. Les porte-parole des CH sont unanimes à dénoncer ces cadres comme excessivement lourds et rigides, ce qui entraîne de multiples conséquences sur le plan de la gestion et du dynamisme des établissements : l'adaptation aux besoins est plus difficile, le processus de prise de décision plus lent et plus complexe, l'innovation et la créativité sont découragés par le système et les employés se sentent « démotivés ». La bureaucratisation et la sur-réglementation provoquent, plus particulièrement chez les gestionnnaires, un sentiment d'impuissance et de frustration car ceux-ci assistent à l'élimination graduelle de leur marge de manœuvre.

Les CH des régions périphériques insistent sur le fait que politiques, structures, programmes et normes sont définis par les pouvoirs centraux, et « faits sur mesures » pour les grands centres urbains ; au Nouveau-Québec, on dira même qu'ils sont « faits pour le Sud ». La « standardisation montréalaise des normes » nie les spécificités et les besoins des régions, autant sur le plan des modèles organisationnels que sur celui des valeurs.

Le Ministère ne tiendrait pas compte non plus des différences entre les établissements eux-mêmes. Peu importe les vocations particulières ou les charges spécifiques des établissements (CH affilié, CH à vocation suprarégionale, etc.), tous semblent traités sur un pied d'égalité : mêmes directives, mêmes taux d'accroissement, mêmes contraintes...

Par ailleurs, tous les CH s'entendent pour affirmer que leur marge de manœuvre comme employeur s'est rétrécie de façon dramatique: on fait ici référence spécifiquement à l'organisation professionnelle (y compris l'organisation de la pratique médicale et les modes de rémunération des médecins) et aux conventions collectives. L'organisation et l'exercice professionnels deviennent de plus en plus fragmentés et cloisonnés: multiplication des professions, rigidité et formalisme excessifs, complexité et lourdeur du mécanisme de délégation des actes, manque de clarté du Code des professions et des décrets relativement à la répartition des tâches et au partage des responsabilités.

Le cadre rigide des relations du travail, l'étanchéité des classifications et la centralisation des négociations rendent extrêmement difficile une gestion efficace des ressources. Dans ce contexte, les ententes locales qui pourraient survenir sont très fragiles. La récente législation concernant les services essentiels constitue toutefois, pour certains, un changement opportun.

Aux contraintes propres au système de santé, il faut ajouter les contraintes découlant de l'application de diverses législations touchant la sécurité publique, la santé et la sécurité au travail, l'accès à l'information, etc. La bureaucratie qui en découle engendre des coûts supérieurs, dit-on, à ceux qui sont imputables au traitement des patients.

2.2.5 Le financement du système et la gestion financière

Le problème de base des CH, c'est le financement, affirment ces établissements. Aussi accorde-t-on beaucoup d'importance à décrire les multiples causes de la hausse des coûts du système. Le niveau de financement des CH et les modes d'allocation budgétaire sont en conséquence remis en question.

De 1977-1978 à 1984-1985, les coûts du système de santé seraient passés du simple au double et les déficits des CH auraient atteint des sommets. Plusieurs facteurs expliquent cette hausse des coûts. Le vieillissement de la population, par exemple, nécessite une augmentation constante de la quantité et de l'intensité des soins à apporter à cette clientèle. Le financement fédéral, par contre, ne tiendrait aucunement compte de cette variable démographique clef.

L'évolution technologique a également ses exigences et les retards accumulés à cet égard occasionneront des coûts supplémentaires. On souligne de plus que le Ministère sous-estime le coût de certaines fournitures médicales (médicaments, implants chirurgicaux, etc.): ces dépenses sont beaucoup plus élevées pour les CH ultra-spécialisés, car leur part de dépenses en cette matière est plus importante que celle de la moyenne des CH. Ces CH sont donc pénalisés par l'application d'un taux uniforme d'accroissement des coûts.

Autre facteur majeur de la hausse des coûts: la vétusté du parc immobilier et des équipements de base. Cette question est inquiétante pour l'ensemble des CH qui prévoient un rattrapage très coûteux. La vétusté fonctionnelle des immeubles et équipements est très avancée et occasionne une hausse des frais d'exploitation et d'entretien. À défaut d'investir régulièrement au niveau des immobilisations et de la technologie, les coûts risquent de devenir de moins en moins contrôlables.

D'autres types de coûts sont davantage reliés au fonctionnement et aux contraintes du système. De l'avis des CH, le processus de rationalisation des

ressources a eu pour effet de réduire la durée moyenne de l'hospitalisation par patient, ce qui amène une utilisation accrue et plus intensive de l'hôpital. Comme il a déjà été souligné, l'application et la gestion des multiples lois et règlements sont extrêmement coûteuses pour le système. Il en est de même de l'application des conventions collectives. En plus d'entraîner des abus en termes de sécurité d'emploi et d'avantages sociaux par exemple, les conventions collectives ont pour effet, affirment des CH, de diminuer la mobilité des ressources et d'entraver l'octroi de contrats à forfait. Dans bon nombre de domaines, ajoutent-ils, le jeu de la libre concurrence pourrait permettre des services de qualité à moindre coût.

À l'unanimité, les CH déplorent l'absence dans le système d'incitations à la performance, à l'efficacité, à la productivité et au contrôle des coûts. C'est ainsi que les performants financent les non-performants, dira-t-on. Les pénalités attachées à un déficit n'ont pas été appliquées; la promesse de libération des surplus n'a pas été tenue. Un CH qui réalise son équilibre budgétaire se retrouve dans une position de sous- financement: il est pénalisé alors que d'autres continuent d'accumuler des déficits.

Les médecins jouent un rôle important par rapport aux coûts: il devient absolument nécessaire de les conscientiser vis-à-vis de cette question, ce que le système ne fait pas. Certains se demandent comment contrôler les coûts alors que les médecins jouissent d'un statut d'entrepreneurs privés et que leur mode de rémunération ne comporte aucun incitatif à économiser les ressources. Les citoyens eux-mêmes ne sont pas conscients des coûts des services et sont ainsi poussés à la surconsommation et aux abus de toutes sortes.

Certains coûts sont méconnus et mal évalués par le Ministère. C'est le cas des coûts rattachés à la mission ou aux caractéristiques spécifiques des établissements: on parle ici des CH affiliés, spécialisés et ultra- spécialisés, des établissements à vocation supra-régionale. C'est également le cas des coûts de fonctionnement des CH en région éloignée. Le sous-financement régional affecte l'accessibilité aux services de même que la qualité de ces derniers: à cause des coûts de transport, d'entretien et d'hébergement du personnel, la part du budget qui va directement en services à la population est nettement insuffisante, d'après les CH concernés.

Le sous-financement des CH constitue donc leur plus grand motif d'insatisfaction. Le processus budgétaire soulève également des critiques. On dénonce d'abord l'absence d'une véritable planification budgétaire au Ministère, ce qui instaure une incertitude chronique dans le réseau. D'autre part, le cycle budgétaire annuel accroît les difficultés de fonctionnement et de planification. On déplore particulièrement la confirmation et l'arrivée tardives des budgets qui obligent les établissements à établir une budgétisation rétroactive plusieurs mois après le début de l'année financière. Tout ce processus retarde l'adoption de correctifs et la mise en place de nouveaux programmes.

Le mode d'allocation budgétaire manque de souplesse pour s'adapter à des réalités changeantes. Au nombre des facteurs qui peuvent perturber considérablement le volume d'activités d'un CH, on cite en exemple l'arrivée, le départ ou l'absence temporaire d'un spécialiste en région éloignée.

Autre objet d'insatisfaction: le mode actuel de financement des immobilisations et équipements basé sur les revenus supplémentaires découlant de la location de chambres privées et semi-privées. Ce mode de financement est, de l'avis général, nettement inapproprié et pénalise en particulier les petits et moyens hôpitaux.

Finalement, les méthodes et les indices actuels d'évaluation du rendement des CH laissent grandement à désirer: ils manquent de base scientifique et ne sont pas suffisamment perfectionnés; ils mesurent davantage la capacité de respecter les budgets que la productivité et la capacité de s'adapter aux besoins; ils ignorent les coûts et les modes de fonctionnement des régions éloignées et imposent, notamment dans le cas du Nouveau-Québec, des pratiques comptables difficiles à appliquer.

2.2.6 Les ressources humaines

La profession médicale joue un rôle central dans la distribution des soins. Aussi les CH examinent-ils avec attention les conditions entourant l'organisation de la pratique médicale, la rémunération, la formation, la répartition et le recrutement des médecins.

Selon plusieurs CH, l'organisation de la pratique médicale décourage toute forme d'identification et d'appartenance à quelque milieu que ce soit. Les médecins ont le choix, en même temps, entre plusieurs lieux de pratique, plusieurs modes de rémunération et plusieurs champs de compétence. Ils sont en conflit d'intérêt avec les établissements quant au choix du lieu où ils vont traiter leur clientèle ambulatoire (tarifs de la RAMQ: 11,05$ pour un examen en cabinet privé, 8,95$ pour le même acte en milieu hospitalier). La plupart des médecins dévalorisent les activités administratives: on parle de « fossé idéologique » et même légal entre l'approche médicale et l'approche administrative. Ils sont donc peu préparés à assumer ce type de tâches et, de surcroît, mal rémunérés pour le faire. Par ailleurs, certains déplorent un fort roulement des membres des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens.

En ce qui concerne la rémunération à l'acte, des CH constatent que ce mode de rémunération « donne une valeur égale à tout acte, sans égard à qui le pose », n'encourage pas la présence en milieu hospitalier ni la participation à des équipes multidisciplinaires. Le problème de la rémunération pour des fonctions d'administration et d'enseignement est également posé.

La question de la pénurie et de la répartition des effectifs médicaux est évidemment cruciale et elle est particulièrement soulevée par les CH des régions éloignées bien que tous se disent affectés par cette réalité. On dira que la pénurie est un effet secondaire du régime d'assurance-maladie, que la répartition 60 % omnipraticiens/40 % spécialistes est responsable de la pénurie d'effectifs dans ces régions et que peu importe la connaissance que l'on a des besoins, la production des spécialistes se fait indépendamment de ceux-ci. Le contingentement dans certaines spécialités a amené une diminution importante du nombre de résidents, accroissant ainsi considérablement les difficultés de recrutement alors qu'on constate parallèlement le vieillissement de ces corps médicaux. Même dans les milieux urbains, il devient, semblet-il, difficile de recruter de nouveaux médecins en CH à cause de la rentabilité de la pratique privée et de l'impact négatif du décret limitant les revenus des jeunes médecins à 70 % de la normale.

Les CH des régions intermédiaires sont touchés par la pénurie de professionnels de la santé: médecins spécialistes surtout, mais aussi omnipraticiens, personnel infirmier et para-médical. Ils doivent subir une « surenchère incroyable » au niveau du recrutement de ces effectifs et affirment que si la tendance se maintient, il est prévisible que l'on doive interrompre des services.

Dans le cas des régions éloignées, la situation est même qualifiée de grave à certains endroits. Les besoins sont parfaitement et précisément connus et les CH réclament de façon urgente des mesures concrètes. Certains font valoir qu'il existe des différences importantes entre les régions dites éloignées et que ces dernières ne devraient pas être traitées sur le même pied. Plusieurs raisons expliquent les difficultés de rétention des professionnels en région éloignée: isolement professionnel (dispersion géographique des effectifs, manque d'équipes, de « masse critique »), difficulté d'accès à la formation continue, charge de travail excessive qui nuit à la vie sociale et familiale et empêche l'accomplissement de tâches administratives, attrait des centres urbains et universitaires, possibilités d'emplois limitées pour le conjoint, modes de rémunération inadéquats pour certaines professions et difficulté d'adapter ces modes aux conditions de travail des médecins en région, etc.

Les moyens actuellement déployés pour corriger la situation sont insuffisants sinon inefficaces. Pour les uns, la récente Loi 75 (*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*) qui porte sur la planification des effectifs médicaux oblige les établissements à se plier à une vaste opération bureaucratique sans que l'on réexamine en profondeur la question des incitatifs. Ceux-ci devraient être réévalués car on ne peut se prononcer sur leur impact réel. Pour d'autres, les mesures incitatives ont davantage eu pour effet de faire monter les enchères et de développer une médecine itinérante, pratique carrément à proscrire. La formation initiale des médecins est également en cause car certains estiment que l'enseignement universitaire pré et post-gradué dans les CH affiliés ne prédispose pas à la pratique médicale en région qui a des exigences et des caractéristiques spécifiques (approche plus globale, travail en multidisciplinarité, sensibilisation à la prévention, etc.).

Les CH sont également préoccupés par la pénurie de personnel infirmier qui sévit, dit-on, dans toutes les régions. Le phénomène est complexe. Les études réalisées à ce sujet identifient un certain nombre de facteurs contribuant à créer cette pénurie: les besoins en personnel ont augmenté en raison des postes nouvellement créés dans la communauté (CLSC, soins à domicile, etc.), les modifications aux conditions de travail depuis 1972 rendent la main-d'œuvre moins disponible (congés de toutes sortes), l'alourdissement des cas hospitaliers rend la pratique moins attrayante, l'éclatement de la pratique médicale et la spécialisation de plus en plus poussée entraînent le morcellement des tâches qui, à son tour, provoque l'insatisfaction et la démobilisation, le personnel infirmier jouit d'un statut ambigu en milieu hospitalier et se sent dévalorisé.

Les effets de cette pénurie se manifestent par des fermetures de lits, l'engorgement des urgences et le détournement des ambulances, un climat de travail tendu entre les professionnels. Les coûts de recrutement pour ces professionnels deviennent de plus en plus onéreux, les CH des régions éloignées devant subir la concurrence des grands centres et se livrer à la surenchère au

niveau de l'offre. Certains n'hésitent pas à conclure que dans ce secteur, on se dirige depuis quelques années vers « l'enlisement », le phénomène allant en s'accentuant.

Diverses opinions sont émises concernant la pratique des soins infirmiers. Ainsi, les modalités d'application et d'interprétation de certaines dispositions touchant la délégation des actes continuent à soulever des interrogations et à dresser les uns contre les autres les membres des corporations impliquées; la direction du CH doit souvent agir en arbitre et devient le bouc émissaire.

En région éloignée, et surtout dans les régions nordiques, le personnel infirmier joue un rôle-clef dans la distribution des soins, mais l'exercice professionnel se déroule souvent dans l'illégalité (par exemple dans les dispensaires), ce qui a pour effet d'augmenter le stress, l'épuisement et le roulement de personnel.

Plusieurs estiment par ailleurs que la formation initiale du personnel infirmier est inadéquate pour les besoins des milieux hospitaliers. Ce serait le cas aussi pour d'autres catégories de professionnels qui sont principalement formés pour des tâches curatives ponctuelles alors que la situation demande de plus en plus d'intervenir en réhabilitation, rééducation, réadaptation, etc. Même pour les nouveaux diplômés, il existe un écart entre la formation reçue et la réalité du marché du travail. L'évolution des besoins et des programmes de santé et de services sociaux commande une adaptation continue des différentes catégories de personnel. En dépit de cette constatation, on fait généralement trop peu pour l'actualisation et le renouvellement des connaissances en milieu hospitalier.

Des responsables du perfectionnement dans les hôpitaux décrivent les efforts déployés mais aussi les problèmes rencontrés lorsqu'il s'agit d'assurer le maintien et l'amélioration des compétences. Trois contraintes majeures sont identifiées : la multiplicité du personnel à former, la diversité et l'éparpillement des sources de financement, l'impact des coupures budgétaires.

Alors que les cours de perfectionnement concernaient traditionnellement le personnel infirmier ou para-médical, les besoins débordent maintenant largement ces catégories pour toucher à la fois les cadres et les employés de tout niveau, déplacés par des compressions budgétaires ou supplantés, dont l'emploi se modifie en raison de l'utilisation de nouvelles technologies, etc. Face à ces besoins multiples, variés et en évolution continuelle, les ressources sont disparates et éparses. Une minorité de cours peuvent être financés à même le budget de l'hôpital, mais la majeure partie des budgets de formation proviennent de l'extérieur : comités provinciaux de perfectionnement, CRSSS, Ministère, commissions de formation professionnelle, etc.

Le plus souvent, les services de perfectionnement des CH ne disposent que de peu ou d'aucun contrôle sur les décisions de ces organismes. Par contre, ces derniers ont leur raison d'être puisqu'il n'y a pas de service de perfectionnement dans tous les hôpitaux et que la régionalisation des demandes permet de mettre sur pied des programmes qu'un établissement seul, parfois, ne pourrait organiser. Là où existent cependant de tels services, il y a, de l'avis des responsables, de fortes chances que ces services puissent concevoir des programmes beaucoup

plus harmonisés au développement organisationnel, aux besoins et aux priorités de l'hôpital.

Finalement, les coupures budgétaires font ressentir leurs effets : on demande de plus en plus de travail au personnel qui est de moins en moins nombreux ; la recrudescence des postes à temps partiel a multiplié le nombre des personnes à former ; dans un tel contexte de restrictions, les activités de perfectionnement sont souvent remises en question et considérées comme une dépense inutile. Les responsables dans ces secteurs estiment donc être aux prises avec un défi important.

Au Nouveau-Québec, on soulève également le problème de la formation. Les travailleurs des services de santé et des services sociaux sont généralement des Blancs d'expression française : ils vivent des problèmes d'isolement, d'aliénation et de choc culturel. Ces gens manquent de préparation à la réalité nordique, autant au plan professionnel qu'au plan culturel, affirme-t-on. Par ailleurs, la volonté d'accroître la présence autochtone au sein du personnel se bute à des problèmes de formation professionnelle inadéquate et de sous-scolarisation. Les programmes de formation et de recrutement de travailleurs autochtones sont jusqu'ici restés à peu près lettre morte. On signale, de plus, qu'il est très difficile de s'assurer la collaboration des associations professionnelles concernées au Nord et de faire reconnaître au Sud, par les corporations, la formation acquise dans le Nord.

De façon générale, des CH estiment que leur personnel, tant professionnel que technique et de soutien, manque de motivation, et un CH souligne qu'il est beaucoup plus difficile de motiver le personnel non professionnel que professionnel. De leur côté, les professionnels se sentent très souvent isolés et vivent beaucoup de stress au travail. Il existe, selon les CH, une pénurie réelle et très répandue de personnel para-médical au Québec. C'est le cas aussi des travailleurs sociaux qui œuvrent en CH et sont débordés. On déplore à cet effet qu'il soit difficile de bien intégrer les travailleurs sociaux aux équipes soignantes à cause de leur double appartenance institutionnelle.

2.2.7 L'enseignement, la recherche et le développement technologique

Le système de santé est actuellement confronté au défi de générer l'excellence, et c'est dans cette optique que la problématique des centres hospitaliers affiliés prend toute son importance. Ces CH ont une triple mission de dispensation de soins, d'enseignement et de recherche. Actuellement, ces missions entrent en conflit les unes avec les autres ; seule la première mission est véritablement considérée par le Ministère, les deux autres étant traitées comme accessoires.

L'organisation de l'enseignement médical se bute à de nombreux problèmes : manque de rationalisation et absence de concertation dans la désignation des champs cliniques d'enseignement ; très faible niveau d'encadrement par l'université ; à la suite des contingentements, fluctuation imprévisible des clientèles d'étudiants et de stagiaires, pénurie de résidents dans certaines spécialités ; dilution des ressources humaines plutôt que constitution de masses critiques ; gel des salaires et du recrutement des professeurs ; manque de lits pour les admissions de cas électifs, etc.

Les CH affiliés insistent tout spécialement sur le fait que les coûts rattachés à l'enseignement ne sont pas adéquatement pris en compte. Ainsi, l'enseignement

est financé depuis 1979 à partir de fonds initialement transférés du MAS d'alors au MEQ : cette allocation n'aurait subi aucune hausse pour contrer l'inflation et s'adapter aux besoins. Les tâches d'enseignement entraînent des coûts supplémentaires pour ces CH (organisation, du support administratif et aménagement des lieux). Les CH affiliés absorbent ces coûts à même leur budget de fonctionnement, sans que cela soit reconnu explicitement. La dispersion actuelle des ressources est néfaste selon certains et occasionne des coûts plus importants pour le système. Les CH affiliés ultra- spécialisés souhaitent, quant à eux, qu'on leur reconnaisse un statut particulier et qu'on soutienne leur rôle supra-régional.

L'avenir de la recherche de pointe et le développement technologique soulèvent des inquiétudes chez les CH : il s'agit là de variables très importantes pour le devenir du système. Des besoins en recherche sont précisément identifiés dans le domaine de la planification et de la gestion. Les CH des régions périphériques veulent que la recherche contribue à éclairer les problèmes spécifiques vécus en région.

Pour les représentants des CH, le Québec accuserait un sérieux retard quant au développement technologique, et ce retard serait « stratégiquement important » pour les régions intermédiaires et isolées. Au Nouveau-Québec, par exemple, l'implantation de technologies de pointe en communication est un facteur déterminant de l'évolution du milieu.

L'absence au Québec d'une planification globale des développements de la technologie biomédicale et des services correspondants entraîne des retards, la sous-budgétisation, le gaspillage, la mauvaise répartition et la compétition entre les établissements. L'absence également d'une autorité régionale en matière de priorités technologiques a plusieurs effets : le développement n'est pas orienté vers les besoins prioritaires en matière de santé, la duplication inévitable augmente les coûts, le développement ponctuel (on est sans cesse aux aguets des nouvelles technologies) provoque un bouleversement continuel des objectifs internes des CH et entraîne un style de gestion basé sur la survie.

Les budgets ne comprennent pas de compensation pour la dépréciation de l'équipement ni d'allocation pour le remplacement ou l'acquisition de nouvelles technologies. L'acquisition d'équipement spécialisé constitue une véritable « course à obstacles » : entre l'origine et l'aboutissement d'une demande, il peut s'écouler plusieurs années. Tout développement technologique devient ainsi un fardeau pour l'établissement.

2.3 Les départements de santé communautaire

2.3.1 Présentation

Les départements de santé communautaire et leur association ont soumis à la Commission 12 représentations écrites. La Commission les a entendus à huit reprises lors de la consultation.

2.3.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux

Pour la plupart, les DSC déplorent que le système ne soit pas axé sur les conditions qui permettraient d'assurer la santé des individus. Pour certains, le système actuel se préoccupe davantage des conséquences des problèmes que de leurs causes. Les interventions sont trop souvent centrées sur la maladie. Cette conception, selon eux, ne permet pas d'améliorer l'état de santé de la

population ni de s'intéresser aux conditions associées à l'émergence des problèmes. D'aucuns considèrent que le système semble surtout préoccupé par la gestion des ressources et ne s'interroge pas sur les effets que celles-ci produisent sur l'état de santé de la population.

Bien que les politiques de santé dans certains projets, notamment ceux qui portent sur la nutrition, la périnatalité ou les personnes âgées, s'inspirent « d'une logique de santé », ces projets ne sont pas véritablement encouragés ou ne sont pas suffisamment opérationnels. On donne l'exemple de la politique relative aux personnes âgées dont les objectifs ne sont accompagnés d'aucun indicateur mesurable (amélioration attendue, temps requis,...). Il faut craindre alors que ces objectifs demeurent des voeux pieux donnant tout au plus bonne conscience. Une remarque similaire est faite à l'endroit de la politique de nutrition : même si la nutrition est reconnue comme un facteur important de la santé, les programmes mis de l'avant par les planificateurs lui accordent peu de place.

L'absence d'un cadre de référence auquel se rapporter pour déterminer, de façon judicieuse, les actions visant la promotion et la protection de la santé fait en sorte que les décisions prises sont parfois équivoques ou inconciliables, que l'évaluation, faute d'objectifs assez précis pour être mesurables, est difficilement réalisable et que les besoins des structures et les intérêts professionnels priment sur les objectifs de santé.

Certains DSC insistent pour que soient préservés les principes de base du système, c'est-à-dire l'accessibilité, l'universalité et la continuité. Selon ces mêmes DSC, ces principes gagneraient en force s'ils étaient plus souvent mis en application. Ils se demandent ce que signifie l'accessibilité lorsque des services sont inexistants, l'universalité et la gratuité quand des personnes doivent se déplacer dans une autre région que la leur pour obtenir un service, la continuité et la globalité si des professionnels ne communiquent pas entre eux ou encore si le secteur de la santé et le secteur social demeurent sans liens.

2.3.3 Les besoins en services de santé et en services sociaux

Les DSC font état, dans leurs représentations écrites, de cinq problématiques distinctes : celle des personnes âgées, celle de la santé mentale, celle de la santé environnementale, celle des maladies infectieuses et celle des particularités régionales.

Compte tenu du vieillissement croissant de la population et de l'aggravation des problèmes bio-psychosociaux des personnes âgées, il faut, selon certains, donner la priorité à cette clientèle. Selon une recherche effectuée sur l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant chez elles, il appert que les besoins de celles-ci sont davantage des besoins d'aide que des besoins de soins médicaux. À des degrés divers, les personnes âgées interrogées requéraient des services leur permettant d'entretenir leur logis, de se déplacer ou de maintenir des relations avec leur entourage. Plusieurs d'entre elles ont dit pouvoir compter sur leur famille bien que l'étude montre que ce même entourage vieillit et qu'il a lui aussi besoin de soutien.

Un DSC rappelle à cet égard les services essentiels qu'il faudrait généraliser pour répondre aux besoins des personnes âgées : des infirmières hygiénistes visiteuses, des popotes roulantes, des services de compagnonnage, un système

d'auxiliaires bénévoles, un programme de travaux manuels, un système de transport, des centres hospitaliers de jour.

En ce qui concerne la santé mentale, les deux problèmes majeurs identifiés par certains DSC sont le manque d'accessibilité à des services psychiatriques et à des ressources plus « légères » facilitant la réinsertion sociale de même que le faible développement des connaissances sur les maladies mentales. La santé mentale apparaît donc comme un concept encore mal défini, ce qui entraîne de vives polémiques quant aux approches à retenir dans ce domaine.

Certains DSC ont manifesté leur intérêt à l'égard de la santé environnementale même si le Ministère n'a pas encore d'orientation précise en cette matière. Ces mêmes DSC considèrent que l'attribution de la responsabilité d'évaluation des impacts sur la santé des différents produits contaminants de l'environnement est encore très mal déterminée. Or, pour leur part, ces DSC se sentent concernés par cette question puisqu'ils sont chargés de la protection de la santé publique et de la santé au travail. Ils souhaitent donc que les mandats en cette matière soient clarifiés et que des ressources supplémentaires, de la formation et de la recherche soient prévues.

En ce qui concerne les maladies infectieuses, outre la confusion des rôles entre les CLSC et les DSC, les DSC ont relevé trois autres problèmes dans ce secteur. Le premier a trait au manque de leadership et au manque de coordination des activités de lutte contre les maladies infectieuses au niveau provincial. Bien que les DSC ne remettent pas en question le rôle primordial du Ministère, ils constatent que celui-ci ne participe pas activement au contrôle et au développement des politiques d'immunisation contre les maladies. Le deuxième provient de ce que l'article 38 de la *Loi de la Protection de la santé publique* ne fait pas mention du droit d'accès aux dossiers médicaux. Ainsi, le respect de l'anonymat des patients, lors des déclarations de maladies vénériennes, rend le dépistage difficile pour les DSC. Par ailleurs, ce même article a pour conséquence de limiter les possibilités d'enquête épidémiologique. Enfin, le dernier problème se situe au niveau des programmes contre les maladies infectieuses qui ne sont pas suffisamment encadrés. Les activités dans ce domaine varieraient d'un DSC à l'autre, certains DSC n'ayant pas les moyens de lutter efficacement contre ces maladies.

Finalement, dans leurs représentations écrites, les DSC décrivent certaines particularités des régions éloignées : morbidité et mortalité périnatales plus élevées, exode de la population et, plus particulièrement, des jeunes vers les grands centres, faible proportion de la population active, indigence du niveau de scolarité, problèmes liés à la consommation d'alcool (accidents, croissance de la cirrhose du foie), inégalités dans la distribution des services, coûts à payer pour obtenir des services en raison des nombreux déplacements.

2.3.4 Le fonctionnement du système

Les DSC ont pour mandat d'identifier les besoins en ce qui concerne la santé de la population et d'élaborer, évaluer et mettre en place des programmes de santé répondant à ces besoins. Les DSC sont ainsi chargés d'assurer la promotion de la santé, la prévention des principaux problèmes de santé (physique et mentale), la détection des facteurs de risques pouvant menacer la population et la protection de la santé.

Bien que ces fonctions soient clairement définies dans les textes de lois, les DSC déplorent une certaine méconnaissance ou encore une incompréhension de la place qu'ils occupent dans le système de santé et du rôle qu'ils jouent. L'absence d'une véritable « orientation santé » peut expliquer en partie cette situation. Le fait que l'expérience des DSC en planification et en évaluation soit encore récente, étant donné qu'ils ont dû, jusqu'à récemment, se consacrer à d'autres tâches pour suppléer à l'inexistence de services de santé communautaire, peut aussi être un facteur explicatif. Même si cela était, certains DSC estiment que le système a une attitude mitigée quant à l'importance à accorder aux fonctions d'analyse et d'évaluation dévolues aux DSC : dans un contexte de rareté des ressources, ces fonctions sont parfois considérées comme non rentables.

D'aucuns se plaignent du peu d'appui que leur accorde le Ministère dans la réalisation de leur mandat. Ils soulignent le manque de coordination MSSS-DSC en matière d'identification des problèmes de santé et de formulation des politiques de santé. Ils estiment que les données fournies par le réseau des DSC sur l'identification des problèmes de santé et la conception des programmes afférents ne sont pas suffisamment prises en considération. À l'appui de leurs dires, les DSC apportent certains exemples : le projet de politique en périnatalité apparaît davantage comme une « politique de ressources nouvelles » sans égard pour les programmes déjà mis en place par les DSC ; lors de « l'enquête Santé dentaire Québec », les DSC ont produit des données et, pourtant, il ne s'en est suivi aucune politique de santé dentaire.

Outre ce problème de reconnaissance, quelques DSC ont souligné la confusion qui existe quant aux rôles attribués aux DSC et aux CRSSS en ce qui concerne les fonctions de planification, de programmation et d'évaluation. Toutefois, cette confusion semble s'estomper car, au dire de ces mêmes DSC, les CRSSS concentreraient de plus en plus leur action sur la coordination inter-établissements et sur la gestion des ressources. Si cette tendance devait se maintenir, les DSC s'orienteraient alors vers l'identification des problèmes de santé et l'analyse des résultats des programmes développés.

Par ailleurs, plusieurs DSC ont mentionné la difficulté qu'ils avaient à assurer la protection de la santé publique en ce qui a trait, notamment, au contrôle des maladies infectieuses. Un problème d'ordre hiérarchique entre les DSC et les CLSC serait, entre autres, à l'origine de cette situation. Bien que les DSC aient la responsabilité de lutter contre les maladies infectieuses, ils n'ont plus, depuis le transfert de certains services aux CLSC, les ressources pour l'assumer et n'ont pas le pouvoir de faire en sorte que les CLSC remplissent cette fonction.

Un autre secteur où les DSC éprouvent de la difficulté à exercer leur rôle est celui de la santé au travail. Certains DSC estiment que le pouvoir centralisé de la CSST ne facilite pas une collaboration entre les instances concernées par certains programmes de santé et de sécurité au travail. Les politiques ne sont pas non plus adaptées aux particularités régionales telles que le type d'entreprise, l'éloignement, la nature des problèmes et les attentes des travailleurs.

Enfin, quelques DSC soulignent qu'il ne leur est pas aisé de jouer véritablement leur rôle en raison de leur cohabitation avec un CH. Les CH auraient parfois tendance à se servir des DSC à leurs propres fins. Ces DSC considèrent qu'ils devraient être tout à fait autonomes compte tenu qu'ils ont à travailler

avec plusieurs établissements. Rapprocher physiquement les DSC et les CRSSS en raison de leurs rôles communs de programmation et d'évaluation pourrait offrir une solution. Cette hypothèse suscite toutefois certaines craintes chez ces mêmes DSC qui souhaiteraient, en définitive, disposer d'un lieu propre.

Les DSC estiment que dans le contexte actuel (rareté des ressources, complexité et sévérité des problèmes sociaux et des problèmes de santé), leur mandat acquiert de plus en plus d'importance car le réseau de santé et de services sociaux a besoin de données sur la population afin de déterminer les problèmes prioritaires et de proposer les moyens les plus appropriés pour y faire face.

À cet égard, les DSC déplorent l'absence de planification dans le système. On se limiterait, selon eux, à assurer une gestion financière des ressources à court terme, sans se questionner sur le choix des ressources en fonction de leur effet sur la santé de la population. Les interventions et les soins de santé tendent à être planifiés selon une logique fondée sur des intérêts particuliers (corporatistes, bureaucratiques et autres), ce qui ne correspond pas nécessairement à de véritables objectifs de santé. Dans cette même veine, certains DSC ont insisté sur l'importance qu'il y aurait à évaluer les moyens adoptés pour améliorer la santé et de là, à procéder à une véritable planification. D'autres estiment que les mécanismes actuels de contrôle ne permettent pas de procéder à une évaluation réelle des résultats. Ces mécanismes devraient être revus et ajustés car, pour l'instant, ils « coûtent en temps, tuent la créativité et éliminent des solutions moins coûteuses ou du moins plus rentables ».

Pour d'autres DSC, la planification doit s'inscrire dans un processus continu d'échanges. Aussi, ces DSC ont-ils mis sur pied différentes tables de concertation portant sur des problématiques spécifiques telles que la santé mentale, les personnes âgées, les jeunes, la santé au travail... Ces tables regroupent des représentants du réseau mais aussi d'organismes du milieu ou de la communauté. Leur objectif est non seulement d'identifier les besoins et les problèmes mais aussi d'élaborer des plans d'action, de participer au choix des solutions et de favoriser un soutien mutuel dans les différentes stratégies adoptées. Enfin, quelques DSC ont préconisé que l'on tienne compte du secteur de la santé aussi bien que du secteur social dans le processus de planification. Ainsi pourraient être assurées la complémentarité et la continuité des services.

Quelques DSC ont donné leur avis sur la centralisation des décisions et la participation. On note que les rôles et les fonctions du MSSS et du CRSSS sont ambigüs. Par exemple, il n'est pas rare qu'un organisme faisant appel au Ministère soit invité par celui-ci à consulter d'abord son conseil régional alors que ce dernier justifie souvent ses positions en s'appuyant sur les décisions du Ministère. On constate également l'émission de « messages conflictuels » dans l'organisation décisionnelle. L'effort de décentralisation entrepris à l'occasion de la création des CRSSS, loin de se répercuter au niveau des institutions locales, s'est trouvé, en fait, contrarié par une nette tendance à la « recentralisation » au niveau régional et ce, au détriment de l'autonomie des établissements et de leur conseil d'administration. Les pouvoirs demeurent centralisés et cette concentration ne favorise pas la concertation mais plutôt les lobbies auprès des fonctionnaires et des politiciens. Enfin, on considère que la participation de la population demeure encore embryonnaire : le poids des usagers au sein des conseils d'administration est faible en raison de la place importante occupée par les professionnels et les

représentants des groupes socio-économiques qui font habituellement partie des « élites traditionnelles ».

2.3.5 Le financement du système et la gestion financière

Les DSC soulignent, pour la plupart, la disproportion qui existe dans l'allocation des budgets entre le préventif et le curatif. Ce dernier accapare, pour l'instant, une bonne partie du budget du système de santé et de services sociaux et il faudrait, pour remédier à cette situation, donner plus de place à la prévention et à la promotion de la santé. Une telle orientation pourrait permettre de diminuer le pouvoir exercé par les producteurs de soins et d'habituer la population à une attitude moins consommatrice de services pour qu'elle devienne plus autonome.

Les DSC estiment qu'ils n'ont pas les ressources financières suffisantes pour jouer véritablement leur rôle dans la promotion, la prévention et la protection de la santé. Depuis la mise en place du réseau, aucun effort n'a été fait pour développer les DSC ; certains CLSC ont été implantés grâce au transfert d'effectifs des DSC aux CLSC.

Par ailleurs, selon certains DSC, l'octroi, par le Ministère, des budgets en santé communautaire ne s'appuie sur aucune base budgétaire commune, ni sur aucun critère identifiable ou validé. D'autres considèrent que le « financement historique » (c'est-à-dire le financement hérité d'une certaine tradition de négociation avec les établissements et ne s'appuyant pas sur des critères objectifs et mesurables) favorise l'escalade des coûts, accentue les inégalités inter-établissements et pénalise les régions périphériques ou éloignées.

2.3.6 L'enseignement, la recherche et le développement technologique

Plusieurs DSC ont fait part des études qu'ils ont menées pour mieux cerner certains problèmes et trouver des pistes de solution. Selon certains DSC, il serait important que de telles recherches soient diffusées et que le réseau se les approprie. Ils jugent également qu'il existe une pénurie de personnel qualifié pour effectuer ces recherches en santé communautaire, en santé au travail et en santé environnementale.

En ce qui concerne la technologie médicale, certains DSC font mention d'une multiplication incontrôlée, voire indue, des traitements et des tests. D'autres considèrent que la technologie s'est développée au détriment parfois de l'humanisation des soins. D'autres encore estiment que l'implantation d'une nouvelle technologie dans un CH devrait être précédée d'une évaluation des besoins, considérant que, bien souvent, un CH n'a pratiquement pas le choix de refuser une technologie puisqu'un refus pourrait se traduire par une perte d'argent ou encore par une perte d'incitatifs pour assurer le recrutement ou la « rétention » du personnel médical.

2.4 Les centres locaux de services communautaires

2.4.1 Présentation

Les centres locaux de services communautaires et leur association ont remis à la Commission 26 représentations écrites. Quatorze de ces représentations résument les points de vue partagés par plusieurs CLSC d'une même région et ont été soumises par des tables regroupant leurs directeurs généraux ou par l'entremise de leur conférence régionale respective. La Commission a de plus rencontré les CLSC à 18 reprises lors de la consultation. Pour les fins de cette

synthèse, les représentations des centres de santé ont été intégrées à celles des CLSC avec lesquels ils partagent certaines opinions, notamment en ce qui concerne les particularités locales et les ressources humaines.

2.4.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux

Les CLSC constatent une discordance entre la finalité du système relative à la promotion de la santé et du mieux-être de la population et les moyens mis en place pour y parvenir. Certains estiment que les interventions privilégiées et les types de ressources affectées ne concourent pas nécessairement à la poursuite de cette finalité mais orientent plutôt le système vers la distribution de soins. D'autres remarquent que la réforme amorcée avec la Commission Castonguay-Nepveu a finalement donné plus d'importance aux « structures » et au « corporatisme » qu'à ce qui devrait être au centre des préoccupations : la santé et le mieux-être.

Parallèlement à ce constat, les CLSC se demandent ce que sont devenus les objectifs d'accessibilité, de complémentarité, de régionalisation et de participation des usagers tels que définis dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Plusieurs soulignent que la décroissance économique des dernières années a porté atteinte à la qualité des services de même qu'à leur accessibilité. Ils estiment que le fait de donner priorité à certaines clientèles, le peu de ressources financières et humaines allouées et la complexité bureaucratique limitent l'accès universel aux services. Certains signalent que le réseau des CLSC n'est toujours pas complété et que cette situation ne permet pas d'atteindre un des objectifs fixés par la Loi, soit celui d'assurer sur le plan local un réseau de services intégrés et continus. D'autres notent le manque d'emprise de la population sur la définition des services.

Les CLSC jugent tout à fait valables les objectifs actuels du système de santé et de services sociaux mais ils souhaiteraient les voir traduits en objectifs plus spécifiques et opérationnels. Il importe, selon eux, de faire preuve de cohérence dans la définition des priorités à respecter par le système et, une fois ces priorités établies, d'y consacrer les ressources nécessaires. À cet effet, les CLSC croient que le rapport *Objectif Santé* du Conseil des affaires sociales et de la famille pourrait servir de base à la définition d'objectifs plus concrets et réalisables. La redéfinition de ces objectifs devrait s'articuler autour de considérations telles que l'importance de la jonction entre le secteur de la santé et le secteur social, le renforcement du concept de prise en charge et la portée des autres facteurs environnementaux (conditions de logements, qualité de nourriture, accès au travail, etc. . .). Ces objectifs devront également être pensés en fonction de ressources plus légères, de règles plus souples et aussi des moyens financiers disponibles.

2.4.3 Les besoins en services de santé et en services sociaux

Certains phénomènes sociaux ont pour effet d'augmenter le volume de la demande de services. Parmi ces phénomènes, les CLSC signalent l'incidence du chômage sur le taux de suicides, de dépressions et de maladies psychosomatiques. Ils décrivent aussi les effets du stress sur la santé mentale et sur l'apparition des maladies cardio-vasculaires. Ils font enfin état de l'augmentation du nombre de divorces et de séparations et, par le fait même, des problèmes qui concernent les familles monoparentales et les familles reconstituées, de la marginalisation d'un nombre de plus en plus important de jeunes et de l'alourdissement de la clientèle âgée.

Les CLSC soulignent que le caractère « local » des services qu'ils dispensent leur procure un certain avantage lorsqu'il s'agit d'ajuster ces services à l'évolution des besoins. Ils sont proches des réalités et des particularités des communautés qu'ils desservent. De plus, ces dernières peuvent exercer une influence certaine sur la détermination des services. Cette proximité par rapport au milieu permet donc aux CLSC d'identifier plus facilement les caractéristiques de certains territoires et leurs disparités. Certains CLSC ont d'ailleurs fait ressortir ces spécificités suivant qu'il s'agisse de milieux urbains ou de milieux ruraux.

Parmi les problèmes identifiés en milieu urbain, on mentionne l'isolement plus grand des individus, la concentration d'itinérants et de personnes déracinées, la concentration de personnes âgées (ce phénomène est plus marqué encore dans les quartiers anglophones de l'ouest de Montréal et dans la communauté juive), le développement plus accentué de la violence, de la prostitution et des maladies contagieuses, une hausse importante des suicides chez les jeunes et les personnes âgées de même que la visibilité plus grande des inégalités sociales. On souligne le phénomène particulier de la multi-ethnicité dans la région de Montréal, phénomène qui renvoie directement au problème de l'accessibilité aux services en raison, notamment, de la persistance de barrières linguistiques et culturelles. Par ailleurs, on note que les services mis en place dans les milieux urbains sont passablement nombreux et diversifiés. Mais on ajoute que plus il y a de partenaires impliqués dans la distribution des services, plus il apparaît difficile d'assurer la coordination et la complémentarité de ceux-ci. On découvre alors que des personnes se retrouvent « entre deux chaises » et sans service.

En ce qui concerne les milieux ruraux, on relève que la population active est généralement moins nombreuse, le niveau de scolarité plus bas, le taux de chômage chez les jeunes souvent plus élevé que la moyenne. Les problèmes de santé sont donc plus accentués chez ces populations. Les CLSC des milieux ruraux insistent particulièrement sur le manque de services à domicile et de lieux d'hébergement pour les personnes âgées de même que sur l'insuffisance des ressources mises en place pour répondre aux problèmes croissants, reliés à la violence conjugale et familiale. Ces mêmes CLSC soulignent également les difficultés auxquelles ils doivent faire face dans la distribution des services. L'étendue du territoire, le fait d'être éloigné des centres, le recrutement difficile des professionnels de la santé et des services sociaux, le surcroît de travail des professionnels en place, les équipements inadéquats, les problèmes de communication, de suivi et de formation du personnel, les coûts supplémentaires occasionnés par les nombreux déplacements sont autant de facteurs influençant la qualité et la quantité des services.

Certains CLSC se sont par ailleurs attardés à traiter trois questions qu'ils estiment particulièrement cruciales, soit le maintien à domicile, la santé mentale et la santé au travail.

Concernant le maintien à domicile, les CLSC doivent faire face à une demande croissante de services. Le vieillissement accéléré de la population lié à l'augmentation de l'espérance de vie fait apparaître un nombre de plus en plus élevé de personnes âgées en situation d'incapacité fonctionnelle marquée. À cela, on ajoute que le départ précoce des personnes âgées en centre hospitalier, la saturation des centres d'hébergement, la moins grande disponibilité des familles à recevoir une personne âgée et les problèmes grandissants d'adaptation sociale

et de santé mentale font en sorte que les CLSC doivent intervenir auprès de clientèles composées de cas de plus en plus lourds qui ont besoin de services de maintien à domicile.

Or, plusieurs CLSC disent qu'ils n'ont pas les ressources pour répondre adéquatement à toutes ces demandes. Ils estiment que le maintien à domicile est sous-financé et qu'ils doivent y affecter des ressources qui étaient prévues pour d'autres programmes. Cette situation, au dire des CLSC, risque de compromettre l'existence de services voués à la prévention. De plus, étant donné la carence de ressources en matière de maintien à domicile, certains CLSC ont dû compter sur d'autres types de services tels que les services bénévoles, les services privés ou encore les services de familles d'accueil. Malgré cela, ces mêmes CLSC disent avoir toujours une liste d'attente et un déficit budgétaire dans le secteur du maintien à domicile. Des CLSC croient également que d'autres types de ressources devraient être développés compte tenu des nouveaux besoins. L'accent devrait être mis sur des services d'hébergement temporaire, de gardiennage, d'entretien ménager, de transport. Une partie de ces services pourrait être assurée par des bénévoles.

Dans le champ de la santé mentale, certains CLSC disent appuyer les orientations qui s'inscrivent dans le courant de normalisation, de responsabilisation et de maintien dans le milieu de vie naturel. Toutefois, ils se demandent quelles conditions ont été vraiment mises en place pour favoriser la désinstitutionnalisation. D'aucuns remarquent que l'on semble compter beaucoup sur les CLSC dans ce domaine. Mais c'est avec difficulté que certains CLSC tentent d'élaborer un plan d'action pour offrir des services de première ligne en santé mentale. On attribue cette situation à l'absence de programmation et de plan d'organisation cohérent, au manque de complémentarité entre les services de première, deuxième et troisième ligne, au manque de consensus ou de concertation entre les organismes concernés, à l'absence d'une politique de prévention et, enfin, au manque de préparation du personnel pour intervenir auprès de cette clientèle.

Par ailleurs, plusieurs CLSC ont mis sur pied des programmes dans le domaine de la santé au travail. L'approche privilégiée est communautaire, c'est-à-dire centrée sur le milieu et axée sur la participation. Seule cette approche, au dire des CLSC, permet de rejoindre les objectifs fixés dans la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*: élimination des risques à la source et prise en charge par le milieu de travail de ses conditions de santé et de sécurité. Les CLSC considèrent toutefois qu'ils peuvent difficilement intervenir en conformité avec ces objectifs en raison des priorités fixées par la CSST. Selon certains CLSC, cette dernière mettrait davantage l'accent sur le dépistage au détriment de la prévention « primaire ». De même, les ratios et les échéanciers serrés qu'établit la CSST ne permettraient pas aux CLSC d'être suffisamment présents au sein des entreprises pour établir un climat de confiance et de collaboration. Ils ne tiendraient pas compte non plus de la complexité des milieux de travail. Il semble également que l'on ne fournirait pas vraiment de soutien aux travailleurs indemnisés (informations sur leurs droits, expertise médicale). Enfin, les CLSC ne seraient pas en mesure de donner suite aux bilans-santé établis. En somme, les CLSC qui ont déjà mis des projets de l'avant en matière de santé et de sécurité au travail croient que leur caractère local leur permet un contact privilégié avec le milieu de travail mais que leur marge de manœuvre n'est pas suffisante.

2.4.4 Le fonctionnement du système

Dans un premier temps, les CLSC rappellent leurs principaux mandats : favoriser la participation de la population à l'identification de ses besoins et à la prise en charge des problèmes et de leurs solutions, promouvoir la prévention et l'action communautaire grâce à une approche globale et multidisciplinaire, intégrer le volet sanitaire et le volet social dans la distribution des services, privilégier une pratique médicale salariée axée sur la prévention et l'éducation sanitaire. Les CLSC estiment remplir ces différentes fonctions et désirent consolider leurs acquis.

Les CLSC soulignent toutefois que, depuis leur création, leurs mandats ont été modifiés à plusieurs reprises. Jusqu'ici, ces modifications ont contribué au renforcement de leur vocation de prévention et à la mise en oeuvre des orientations de la réforme Castonguay-Nepveu, à savoir l'amélioration de l'état de santé et des conditions sociales des individus et de la communauté. Les CLSC estiment cependant que l'élargissement de leurs mandats n'a pas toujours été accompagné de ressources suffisantes. Le manque de ressources se fait de plus en plus sentir en raison, notamment, de la demande accrue de services de maintien à domicile, de l'alourdissement des clientèles et des nouvelles orientations en matière de désinstitutionnalisation. Devant cette situation, les CLSC craignent de ne plus pouvoir jouer leur rôle en matière de prévention et de devoir, pour répondre aux problèmes de plus en plus complexes et sévères, mettre l'accent sur des services curatifs. Ce glissement des CLSC vers le curatif devrait susciter, au dire de ces derniers, un questionnement sérieux concernant les rôles respectifs des établissements du réseau.

À cet effet, les CLSC observent un manque de complémentarité entre les différents organismes du réseau : dédoublement des interventions, rôles imprécis ou portant à multiples interprétations, manque de continuité dans les services, manque de concertation, manque de ressources alternatives pour compléter et appuyer l'action du réseau. Le système actuel donne parfois l'image d'un marché où l'un et l'autre se disputent les ressources et les clientèles. Plusieurs exemples sont apportés pour illustrer cette situation : il n'existe à peu près pas de liens entre, d'une part, les cliniques et polycliniques et, d'autre part, les CLSC ; depuis le partage des responsabilités entre les DSC et les CLSC de même qu'entre les CSS et les CLSC, on n'a pas réussi à articuler toutes les composantes concernées ni à éliminer toutes les zones grises ; le mode de collaboration CH, CAH et CLSC pour les urgences et le maintien à domicile reste encore à préciser ; les liens avec les organismes communautaires et le secteur bénévole ne sont pas encore consolidés. Certains CLSC remarquent que ce manque de complémentarité fait qu'ils sont parfois amenés « à jouer un rôle résiduel et à être un déversoir de cas » alors qu'ils devraient être « la porte d'entrée » du système de santé et de services sociaux. Les CLSC souhaitent que s'établissent, entre les différents établissements du réseau, des liens qui permettraient de rendre compte de la complémentarité de certaines de leurs fonctions.

Les CLSC font également part de leurs préoccupations concernant le décloisonnement du réseau de même que son articulation avec les ressources aussi bien privées que communautaires. On est particulièrement inquiet du développement des cliniques et polycliniques privées qui, au dire des CLSC, multiplient les portes d'entrée du système et constituent bien souvent un véritable réseau parallèle au réseau public. La prolifération des cliniques et polycliniques accentue également la demande de services et contribue à la surconsommation

médicale. Les conditions de leur localisation et de leur accessibilité devraient, estiment les CLSC, être précisées par le Ministère. Celui-ci devrait, de plus, définir des mécanismes qui leur permettraient de se concerter avec les institutions publiques.

D'autres jonctions apparaissent essentielles, celles entre le social et le sanitaire par exemple. Les CLSC notent toutefois que le secteur social est souvent mis au second plan par rapport au secteur médical. La tendance à médicaliser les problèmes sociaux illustre en partie ce phénomène.

Par ailleurs, les CLSC considèrent que les ressources mises sur pied par le milieu communautaire apportent des idées neuves, originales et qu'elles contribuent à répondre à des besoins que le réseau institutionnel ne peut totalement combler. Ces ressources mettent en questions les pratiques professionnelles en vigueur dans le réseau et les orientations du système. Elles font appel à une plus grande responsabilisation de l'individu.

Certains CLSC estiment que le système de santé et de services sociaux devrait se doter d'une politique de soutien aux ressources communautaires et bénévoles. Ils signalent que celles-ci dépensent beaucoup trop d'énergie pour survivre. Cependant, ces mêmes CLSC croient que cette politique de soutien ne devrait pas limiter la marge de manœuvre ou brimer l'autonomie de ces organismes. Les ressources communautaires devraient être considérées comme des partenaires à part entière dans la production de services.

Les questions de décentralisation et de participation retiennent également l'attention. Les CLSC estiment que le système de santé et de services sociaux est fondé sur la déconcentration plutôt que sur la décentralisation. Ils remarquent que malgré l'autonomie juridique relativement importante que leur confère la loi, ils dépendent d'un système central où ils n'ont bien souvent qu'à cautionner les directives. Cette suprématie du système central se fait sentir notamment dans les politiques, les directives administratives, les programmes-cadres et les normes.

Les CLSC soulignent certains des impacts négatifs de la centralisation. Celle-ci limite la marge de manœuvre des établissements. Elle éloigne le réseau des besoins exprimés par la population et entrave l'intégration des établissements dans la communauté. Elle accroît non seulement la dépendance de la population à l'égard du système de santé et de services sociaux mais aussi son désintéressement face à l'orientation, à la nature et à la définition des services à donner. Elle entraîne le piétinement des expériences de développement et limite les initiatives locales. Elle renforce la tendance du système central à s'approprier les ressources sanitaires et sociales au lieu de favoriser leur prise en charge par le milieu.

Certains CLSC apportent leur point de vue sur le fonctionnement des conseils d'administration au sein des CLSC et sur la participation de la population à la gestion et à l'organisation des services. Ils remarquent que les mandataires du milieu ne démontrent pas le même dynamisme et la même implication lorsqu'ils siègent aux conseils d'administration des CLSC que lorsqu'ils participent à d'autres activités communautaires. Ils notent que les personnes qui s'impliquent sont souvent déçues et reconnaissent ouvertement leur incapacité à exercer une influence réelle sur les orientations et sur la qualité des services. Ces personnes

sont souvent contraintes à se conformer au langage du réseau et à exprimer les besoins en termes de normes ou de critères préétablis.

D'aucuns considèrent que « la participation s'est prioritairement articulée autour des besoins du système central et accessoirement autour de ceux des communautés ». Ceci expliquerait, entre autres, pourquoi les conseils d'administration n'arrivent pas à jouer leur rôle véritable d'intermédiaire entre le réseau et la communauté. Les conseils d'administration n'exercent aucun pouvoir sur les budgets des établissements, sur les conditions de travail du personnel, sur la qualité du personnel et des services, ni sur la programmation. Leur responsabilité, selon certains présidents de CLSC, se borne « à être garant » que les ressources sont parvenues à la population et ce, sans devoir juger de l'atteinte des objectifs visés.

Pour d'autres CLSC, il ne s'agit pas de s'interroger uniquement sur les pouvoirs réels des conseils d'administration mais aussi sur leur composition. Trop souvent les conseils traduisent l'avis des établissements ou encore des professionnels en raison de l'importance de la place que ces derniers occupent. Les CLSC croient qu'une plus grande ouverture vis-à-vis du pouvoir local est possible et donc que les conseils d'administration pourraient laisser plus de place aux usagers et aux communautés. L'élection de citoyens au suffrage universel est envisagée.

Les CLSC estiment que dans une perspective de décentralisation, le Ministère aurait avantage à s'implanter territorialement par le biais de directions régionales. Celles-ci pourraient exercer certaines des fonctions actuellement dévolues aux CRSSS, ceci dans le but de rapprocher le Ministère des besoins de la population et de permettre une « planification partagée ». Dans cette veine, les CRSSS pourraient alors jouer un rôle de consultation et de concertation, ce qui impliquerait, selon les CLSC, que l'on retire aux CRSSS les fonctions qu'ils exercent dans l'allocation et le contrôle des ressources.

Les CRSSS seraient aussi appelés à faire de la recherche en collaboration avec les DSC et les CSS. Les CLSC insistent sur cette démarcation à faire entre les fonctions des CRSSS et celles des directions régionales, de façon à éviter les conflits d'intérêts dont les CRSSS sont le théâtre actuellement.

Par ailleurs, certains CLSC considèrent qu'il n'y a pas de véritable planification au sein du système. Les décisions sont précipitées et ne semblent pas reposer sur des priorités clairement établies. Les orientations sont définies sans trop tenir compte des particularités régionales. Pour d'autres, par contre, la planification est une réalité et, depuis quelques années, on l'établit selon un modèle différent notamment grâce à des mécanismes de concertation. Il s'agit, selon ces CLSC, d'un processus continu de planification qui a l'avantage d'impliquer les établissements du réseau et les organismes du milieu ou de la communauté. Mais cette concertation, jugée essentielle par plusieurs, s'avère difficile à mettre en œuvre parce qu'elle implique de nombreux partenaires et parce que les règles du jeu et les buts visés ne sont pas toujours clairs.

Les CLSC jugent également que l'organisation du système de santé et de services sociaux est assujettie à un ensemble de lois, de règles, de normes et

de directives qui affectent le processus de gestion, le processus de décision et même l'intervention directe auprès des clientèles.

Les CLSC des régions éloignées rappellent que les normes et règlements sont souvent inapplicables dans leurs milieux puisqu'ils ne tiennent pas compte, entre autres, des facteurs comme l'isolement ou la faiblesse des moyens de communication. D'autres CLSC soulignent que les mesures de contrôle sont basées sur des éléments quantifiables alors que plusieurs activités des CLSC ne peuvent se réduire à de tels éléments. Parmi ces activités, on prend pour exemple les activités de soutien auprès de groupes qui veulent mettre en place une maison de jeunes de même que les activités de médiation et de négociation visant à impliquer la communauté dans ce type de projet.

2.4.5 Le financement du système et la gestion financière

Les CLSC soulignent l'existence de déséquilibres dans la répartition des ressources et des dépenses du système de santé et de services sociaux. Malgré les orientations poursuivies par le système, le champ de la prévention, les programmes de maintien à domicile ou encore les ressources intermédiaires nécessaires à la désinstitutionnalisation demeurent sous-développés. Les sommes affectées par la RAMQ aux services médicaux vont principalement à la rémunération à l'acte et très peu à la pratique médicale salariée. On a trop souvent recours à des formules dispendieuses pour traiter certains problèmes tels que les troubles mentaux. Certaines composantes sont davantage génératrices de coûts: on relève ainsi le recours plus fréquent à des médecins spécialistes, l'utilisation accrue de la technologie, la place occupée par la médecine rémunérée à l'acte opérant sur une base privée mais financée par le réseau public, le manque continuel de médecins et de professionnels en région éloignée alors que leur nombre augmente dans les centres urbains, le pouvoir exercé par certaines corporations professionnelles et la difficulté pour les pratiques alternatives de s'intégrer au système ou d'être reconnues, le système de budgétisation qui tend à décourager une saine performance financière.

Les CLSC insistent sur le pouvoir trop grand des médecins dans l'organisation du système de soins. Ils notent que les médecins ne sont pas étrangers aux problèmes d'engorgement des urgences, de duplications coûteuses en matière d'examens ou d'admission dans un département, etc... Aussi, pour responsabiliser les médecins à l'égard des conséquences financières de leurs actes, il faudrait les impliquer davantage dans l'administration hospitalière.

En matière de financement, les CLSC remettent donc en question les choix faits pour promouvoir la santé et le mieux-être de la population. Ils estiment que les CLSC ont permis jusqu'ici, par leur approche préventive et communautaire, d'éviter l'utilisation de services lourds et dispendieux. Certains d'entre eux ont été mis en place à partir de transferts d'effectifs et avec très peu d'argent neuf. Les CLSC jugent de plus qu'ils sont sous-financés comparativement aux autres catégories d'établissements. En somme, le financement du système doit être repensé en fonction « d'une réallocation budgétaire, d'une modification des pratiques de gestion, d'une modification de l'organisation des pratiques des médecins et d'une jonction plus étroite avec les ressources du milieu ».

Enfin, les CLSC pensent que le ticket modérateur est encore une piste de solution incertaine. Ils craignent que celui-ci limite l'accessibilité aux services de base des personnes les plus défavorisées. Pour la même raison, la privatisation leur paraît être une avenue douteuse. On craint qu'elle n'ait des effets néfastes sur la qualité des services.

2.4.6 Les ressources humaines

Quelques CLSC ont traité des problèmes de recrutement et de formation des médecins. Malgré les incitatifs financiers, on constate que les médecins sont toujours difficiles à recruter et à garder dans les régions éloignées. En outre, la formation des médecins fait en sorte que, dans la pratique courante, ces derniers ne tiennent pas suffisamment compte des habitudes de vie ou des déterminants environnementaux. Les médecins ne sont pas encore assez préparés à faire de la prévention et de l'éducation.

Par ailleurs, certains CLSC observent que l'accroissement des clientèles jugées vulnérables, l'augmentation de la demande et le caractère limité des ressources ont entraîné un alourdissement de la tâche, une usure, une « démotivation » du personnel des services sociaux. La quantité de personnel transféré à l'occasion de la mise en place du nouveau cadre de partage entre les CSS et les CLSC ne permet pas, selon certains CLSC, de répondre efficacement à toutes les demandes. De plus, ce même personnel semble souffrir d'insécurité parce qu'il se retrouve dans un contexte de pratique différent. Devant cette situation, les CLSC insistent sur l'importance de la formation continue.

2.5 Les centres de services sociaux

2.5.1 Présentation

Les centres de services sociaux et leur association ont déposé à la Commission 11 représentations écrites exposant les problèmes et les enjeux reliés au fonctionnement et au financement du système de santé et de services sociaux. La Commission a rencontré 10 de ces organismes lors de la tournée de consultation.

2.5.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et des services sociaux

Les CSS ne remettent pas en question les objectifs proposés par la Commission Castonguay-Nepveu. Ils reconnaissent que certaines améliorations ont été apportées dans la distribution des services mais ils estiment, par ailleurs, que les objectifs de l'importante réforme des années 1970 n'ont été que partiellement atteints. Ils s'interrogent tout particulièrement sur les conditions qui ont été mises en place et qui étaient censées permettre la réalisation des objectifs fixés.

Ainsi l'accès aux services leur semble déterminé non pas par les besoins mais par la disponibilité des ressources. Or l'accessibilité aux services est un objectif du système actuel. Pour appuyer ces propos, les CSS apportent plusieurs exemples : en l'absence de ressources, des mésadaptés socio-affectifs sont retirés de leur communauté et déplacés dans d'autres régions ; des personnes âgées attendent une place en centre d'accueil d'hébergement pendant des mois ou encore des années ; le jeune enfant en besoin de protection ne peut, en région éloignée, bénéficier de services spécialisés ; la personne souffrant d'un problème personnel ou conjugal ne peut plus compter sur les programmes autrefois offerts par les services sociaux.

En regard de l'objectif de régionalisation, les CSS remarquent que le système de santé et de services sociaux est davantage conçu en fonction d'une normalisation

des services que d'une véritable adaptation aux particularités régionales. En région éloignée, la population ne bénéficie pas des mêmes services que dans les grands centres. Or, la gravité des problèmes sociaux dans certaines régions éloignées révèle l'importance de tenir compte de la spécificité des milieux régionaux.

Les CSS considèrent enfin comme essentielle la participation des usagers et de la population en général à l'identification des besoins et à la gestion des établissements. Ils observent que les établissements n'ont toutefois pas réussi à atteindre cet objectif malgré certains efforts.

2.5.3 Les besoins en services de santé et en services sociaux

Il apparaît évident, pour les CSS, que la montée de nouveaux phénomènes sociaux a grandement affecté, au cours des quinze dernières années, la définition des besoins et la distribution des services sociaux. Parmi ces phénomènes, les CSS citent: la libéralisation de la sexualité (relations extra et prémaritales, reconnaissance des droits des homosexuels), les changements survenus dans les conditions d'adoption (adoption internationale, adoption des enfants plus âgés, mouvement « Retrouvailles »), la pratique de l'avortement, les modifications des structures familiales (taux croissant des divorces, des familles monoparentales, des remariages), l'arrivée des femmes sur le marché du travail, la marginalisation de certains groupes sociaux tels que les jeunes et les personnes âgées, la plus grande visibilité de la violence faite aux femmes et aux enfants, la prostitution des jeunes, l'augmentation de l'alcoolisme, l'augmentation du suicide chez les jeunes, l'itinérance, la montée des sectes religieuses, les nouvelles habitudes de consommation. Ces situations nouvelles ont entraîné chez les individus des problèmes d'anxiété, d'identité et d'orientation. Les problèmes d'origine psychosociale se sont donc accrus, amenant le secteur des services sociaux à adapter ses programmes et à développer de nouvelles compétences.

Concurremment à l'émergence de ces nouveaux phénomènes sociaux, les CSS constatent le développement de nouveaux courants de pensée qui sous-tendent désormais la distribution des services sociaux et la pratique sociale.

Les services aux personnes handicapées, mésadaptées ou âgées s'inscrivent maintenant dans une perspective de prise en charge, de réadaptation, de désinstitutionnalisation et de réinsertion familiale ou sociale. Pour les CSS, ces nouveaux courants viennent confirmer que l'intervention sociale ne peut traiter l'individu sans tenir compte de son environnement.

La *Loi sur la protection de la jeunesse* a modifié également l'organisation des services sociaux et l'intervention sociale elle-même. Cette dernière qui, jusque-là, s'était faite uniquement sur une base volontaire, se fait maintenant en contexte d'autorité. Quand un professionnel doit vérifier si un enfant signalé est dans une situation de danger, il n'est pas rare qu'il se heurte à une forte résistance des parents et qu'il doive alors recourir au tribunal. En outre, depuis l'entrée en vigueur de cette Loi, la possibilité de signaler les enfants en situation de danger au directeur de la protection de la jeunesse a permis de détecter un nombre important de cas de négligence et d'agression sexuelle. Ces nouvelles modalités entraînent une augmentation de la charge du personnel et, par conséquent, de nouveaux moyens seraient nécessaires pour répondre plus adéquatement à l'accroissement des besoins.

Dans la foulée des changements amorcés, les CSS font aussi ressortir la nécessité de développer des ressources intermédiaires. Ils font la distinction entre les ressources alternatives et les ressources intermédiaires: les premières se développent parallèlement au réseau public; les deuxièmes sont des ressources d'hébergement ou de réadaptation qui se situent entre le maintien de la personne dans son milieu et son institutionnalisation dans un CA ou un CH. Ces ressources s'inscrivent en quelque sorte en continuité avec celles du réseau public et parapublic. Actuellement, seule la famille d'accueil est légalement reconnue comme « ressource intermédiaire ». Les CSS estiment que cette ressource, même si elle s'est diversifiée, n'est plus suffisante pour couvrir les besoins nouveaux et multiples créés, notamment, par la désinstitutionnalisation. Dans ce contexte, d'autres types de ressources intermédiaires seraient plus appropriés: appartements supervisés, appartements semi-autonomes, ateliers de travail, petites corporations d'hébergement et de réadaptation, foyers de pension, etc. Les CSS précisent que certaines expériences du genre sont mises de l'avant. Mais puisqu'elles n'ont pas d'assises légales, ces expériences se développent souvent dans des conditions « hors normes ».

Les CSS constatent qu'il est tout aussi difficile de développer des ressources intermédiaires que de les maintenir. Celles-ci sont souvent contraintes à des « lourdeurs de fonctionnement » et à des « rigidités budgétaires ». Les familles d'accueil notamment auraient davantage besoin de suivi, de soutien et de dépannage. Pour les CSS, le développement d'un véritable réseau de ressources intermédiaires nécessite la reconnaissance de l'intérêt de ces ressources dans la législation même et l'attribution de budgets en conséquence.

- **Les enfants en besoin de protection**

Les CSS évaluent, en 1985, à 34 438 les signalements adressés aux DPJ, dont 19 105 (55,5 %) ont été retenus comme fondés après évaluation[1]. Les CSS parlent de « lourdeur de plus en plus grande des situations de détresse détectées ». Les clientèles susceptibles d'être prises en charge par le système de protection sont des enfants agressés sexuellement, des enfants négligés physiquement ou affectivement, des enfants victimes de violence physique ou encore des enfants qui fuguent ou se prostituent. Les CSS se montrent préoccupés par ce volume important de signalements car plusieurs études révèleraient qu'en moyenne un enfant sur sept ayant besoin de protection est signalé aux organismes concernés. De plus, selon eux, plusieurs jeunes en régime de protection évolueraient vers la délinquance.

Dans le nouveau cadre d'intervention défini par la *Loi sur la protection de la jeunesse*, certains CSS ont développé des programmes pour aider les enfants maltraités et leur famille. Ces programmes portant spécifiquement sur les problèmes d'inceste et de violence intègrent différents types d'intervention, de la thérapie individuelle au groupe d'entraide. À cet effet, certains pensent que l'implication d'un groupe d'entraide constitué d'ex-bénéficiaires est susceptible d'avoir un impact plus grand sur la prévention et le traitement des personnes touchées par ces problèmes.

---

[1] ACSSQ. *Les services sociaux au Québec: problèmes spécifiques et pistes de solution*, juin 1986, p. 11.

Pour l'instant, seuls les grands centres urbains offrent ces programmes alors même que les problèmes de violence et d'inceste sont plus criants dans les régions excentriques. Le manque d'effectifs et le peu d'accès à une formation appropriée sont les principales difficultés rencontrées dans ces dernières régions quand on veut y mettre sur pied de tels programmes d'intervention.

Outre les problèmes liés aux besoins de la clientèle, les CSS identifient certains problèmes associés à la distribution des services. Le premier est celui de l'engorgement du système qui dérive de l'accroissement des cas signalés. Les DPJ font face à de longues listes d'attente qui occasionnent des délais d'intervention. Les CSS attribuent ce problème à l'insuffisance d'effectifs pour répondre à la demande, au manque de services destinés à l'enfance et à l'adolescence, de même qu'à la difficulté de trouver des ressources d'accueil de transition ou des ressources de soutien et de rééducation. Face à ces carences, les CSS constatent que la *Loi sur la protection de la jeunesse*, plutôt que de jouer son rôle de loi d'exception, est devenue la porte d'entrée des services à l'enfance et à l'adolescence et qu'elle se substitue ainsi, par défaut, à des services de première ligne.

Le second problème identifié est le manque de concertation et de coordination entre les établissements du réseau. Les CSS notent une « déresponsabilisation » des organismes causée par une mauvaise compréhension des objectifs de la Loi : certains organismes auraient en effet tendance à considérer les directeurs de la protection de la jeunesse comme uniques responsables des cas de protection. Ils remarquent également un manque de connaissance et de sensibilisation du personnel des milieux médicaux en ce qui a trait au problème des enfants agressés sexuellement et négligés.

Comme troisième élément à la problématique de la protection de la jeunesse, les CSS citent le manque de mécanismes d'évaluation des modes d'intervention. À l'heure actuelle, on se contenterait d'évaluer le volume des clientèles et des services offerts, ce qui serait insuffisant puisqu'on ne tient pas compte de l'ensemble des conditions de la pratique sociale.

Enfin, les CSS considèrent que le recours à une législation a entraîné la mise en place de mécanismes de contrôle légaux et administratifs qui, à certains moments, sont paralysants et démobilisants. Les professionnels doivent consacrer un temps considérable à la « gestion du processus d'intervention » au détriment de l'intervention clinique.

- **Les jeunes contrevenants**

Les jeunes contrevenants ont en commun certaines caractéristiques : ils rencontrent des difficultés sur le plan socio-scolaire et le contrôle parental exercé sur eux est largement déficient ; ils présentent un profil délictuel de même qu'un ensemble de carences personnelles et ils souffrent d'une certaine fragilité psychologique.

Les CSS affirment que la délinquance constitue un secteur négligé. Ils constatent que 25 % à 50 % des délinquants ont été antérieurement des jeunes pris en charge en protection. C'est la raison pour laquelle les CSS insistent sur l'importance d'une approche préventive et communautaire pour contrer les

problèmes de délinquance. Ils soulignent également qu'il est essentiel d'agir rapidement lorsqu'un jeune commet un acte délictueux.

Or, selon les CSS, le manque de concertation entre les partenaires, le manque de complémentarité des services et le manque d'orientation compromettent actuellement la rapidité de l'intervention.

Par ailleurs, la coordination entre les CSS et les centres d'accueil de réadaptation pose certains problèmes dont, notamment, la duplication ou, au contraire, l'omission des interventions. Il arrive par exemple que des jeunes soient placés en appartement non surveillé alors qu'ils devraient être gardés sous surveillance étroite. Les CSS attribuent ces difficultés à l'imprécision des rôles et des programmes de chacun des établissements concernés.

L'abus des mesures institutionnelles préoccupe les CSS qui privilégient davantage l'implantation de ressources à caractère intermédiaire. Comme dans d'autres domaines, ces mesures plus légères sont encore exceptionnelles. L'apport des familles des jeunes contrevenants semble également négligé alors qu'il est reconnu que la qualité de la relation parents/enfants a une forte incidence sur les chances de réadaptation du jeune délinquant.

- **L'adoption**

En regard de l'adoption « québécoise », les CSS relèvent deux problèmes particuliers soit l'insuffisance de ressources pour appliquer la nouvelle réglementation et une lacune législative concernant l'identification des enfants susceptibles d'être adoptés. Les CSS soulignent, par ailleurs, que les enfants maintenant susceptibles d'être adoptés sont généralement plus vieux et affectés de problèmes particuliers. Aussi, les CSS considèrent que les parents adoptifs de ces enfants ont besoin d'un soutien particulier.

D'autre part, plusieurs représentations écrites des CSS signalent l'importance qu'a pris, au cours des dernières années, le besoin pour les personnes adoptées de retrouver leurs antécédents biologiques à travers, par exemple, le mouvement « Retrouvailles ». Ce phénomène produit un impact particulier dans les régions de Montréal et de Québec qui ont accueilli pendant longtemps des jeunes femmes et leurs enfants dans les orphelinats. La région de l'Outaouais connaît un problème de nature différente puisque certaines personnes sont nées dans des hôpitaux de l'Ontario qui ont une attitude différente à l'endroit de la recherche des antécédents. Faute de ressources supplémentaires, les CSS n'arrivent plus à répondre à ces demandes.

Quant à l'adoption internationale, la demande est très forte et il est difficile de la satisfaire. L'entrée illégale d'enfants pose par ailleurs un problème et les CSS se demandent s'il n'y aurait pas lieu d'encadrer, par certaines règles, la recherche à l'étranger d'enfants susceptibles d'être adoptés.

- **Les couples en instance de séparation et de divorce**

On reconnaît aux CSS leur compétence dans les domaines de la médiation entre conjoints en instance de divorce et de la garde des enfants. C'est la Cour supérieure qui demande aux CSS de procéder à des expertises psychosociales afin de l'éclairer sur certaines questions telles que la garde d'enfants, le droit

de visite et de sortie. Le but premier des praticiens sociaux dans ce domaine est d'assurer le bien-être de l'enfant et de contribuer à diminuer le risque de désorganisation occasionné par le divorce. On souligne cependant que certains CSS des régions éloignées qui reçoivent des demandes de la Cour supérieure doivent faire appel à des services extérieurs, c'est-à-dire contracter avec d'autres CSS pour effectuer les expertises psychosociales réclamées.

Depuis quelques années, certains CSS offrent également des services de médiation aux couples en instance de divorce afin de les aider à clarifier ou à rédiger des ententes. Bien que le besoin se fasse sentir et ce, encore davantage avec la *Loi sur le divorce*, ces services de médiation ne sont pas encore offerts dans toutes les régions.

- **Les personnes âgées**

Les CSS estiment que les besoins bio-psychosociaux des personnes âgées sont trop peu connus. Le vieillissement est encore souvent perçu comme une maladie. Le réseau de santé et de services sociaux a tendance à marginaliser ou à infantiliser les personnes âgées.

Les CSS ont la responsabilité d'assurer des services sociaux aux personnes âgées qui ne peuvent plus subvenir à leurs besoins en raison d'une perte sérieuse de leur autonomie fonctionnelle. Ces personnes se retrouvent donc dans les centres hospitaliers, les centres d'accueil d'hébergement, en pavillon ou en famille d'accueil.

Les services sociaux en milieu hospitalier agissent dans plusieurs cas : lorsque la famille épuisée est amenée à capituler et à laisser la personne âgée à l'urgence, lorsque des médecins hésitent à hospitaliser une personne âgée, lorsque la personne âgée manifeste des réactions violentes à l'encontre de l'hospitalisation. Depuis quelques années, en raison du nombre croissant de personnes âgées hospitalisées, les services sociaux ont dû mettre l'accent sur la recherche de ressources externes.

Pour ce qui est des personnes âgées hébergées en centre d'accueil, les CSS remarquent que celles-ci ont de plus en plus besoin de soins et de services d'aide. Or, la plupart des centres d'accueil d'hébergement n'ont pas de services psychosociaux pour soutenir les personnes âgées dans leur processus de vieillissement ou pour les aider à maintenir des liens avec l'extérieur. La famille qui a un parent âgé en centre d'accueil a aussi, bien souvent, besoin de services sociaux.

D'autre part, les personnes âgées acceptent difficilement d'être dans une famille d'accueil. Ce placement sera davantage envisagé comme un moyen transitoire ou pour répondre à une situation de crise. Les CSS se montrent particulièrement préoccupés à l'endroit des personnes âgées en besoin de protection. Ils constatent que les situations de violence physique ou de violence psychologique envers les personnes âgées se font de plus en plus nombreuses. Des foyers clandestins existent mais les moyens de dénoncer ces situations sont quasi absents, trop lourds ou sans effet.

- **Les personnes psychiatrisées**

Les CSS dénotent deux carences majeures existant dans les services offerts en milieu hospitalier aux personnes présentant des troubles psychiatriques : le manque d'accessibilité aux services psychiatriques et le fait de ne pas tenir compte, dans le plan de traitement, de l'environnement social et familial des patients. De plus, s'il existe des services psychiatriques en milieu urbain, il en est autrement dans les régions éloignées où ces mêmes services sont inexistants.

La rareté des ressources post-hospitalisation pose également un problème quant à la réinsertion sociale des personnes psychiatrisées. Bien souvent les familles se sentent démunies et ne sont pas prêtes à s'occuper de proches qui ont souffert de troubles psychiatriques. Ainsi, les CSS se voient de plus en plus sollicités pour fournir des ressources intermédiaires ou des ressources de placement. Compte tenu de la tendance à ne pas hospitaliser les bénéficiaires, ils jugent que le volume des services devrait être augmenté et que ces services devraient s'adapter davantage aux besoins. À cet effet, ils suggèrent le développement de centres de crise et la création d'équipes mobiles multidisciplinaires de réadaptation.

- **Les personnes handicapées intellectuelles**

L'intervention psychosociale des CSS auprès des personnes handicapées intellectuelles a principalement pour but le dépistage des problèmes de développement, le soutien ou l'accompagnement du bénéficiaire et de sa famille dans les périodes de tension ou encore la fourniture de ressources d'accueil selon le cas. Pour remplacer le milieu familial qui ne pourrait assumer la charge d'une personne handicapée intellectuelle, les CSS ont mis sur pied différentes ressources telles que des familles d'accueil, des foyers de transition, des résidences surveillées ou autonomes.

Malgré l'existence d'un nombre important de services et de ressources pour répondre aux besoins des personnes handicapées intellectuelles, les CSS signalent un manque de cohérence des approches mises de l'avant. La confusion viendrait des interprétations multiples données aux concepts de « normalisation », « réadaptation », « désinstitutionnalisation ». Ainsi, l'identification des besoins et les interventions varieraient suivant les écoles de pensée. Par exemple, la famille d'accueil est considérée par certains comme une « ressource normalisante », une fin en soi, alors que d'autres n'y voient qu'une étape vers l'autonomie. Ces discordances, selon les CSS, paralysent les actions auprès de cette clientèle.

La désinstitutionnalisation fait l'objet de discussions semblables. Les CSS veulent rappeler que le but de la désinstitutionnalisation n'est pas de « sortir » le bénéficiaire des institutions, ni de « fermer » des services mais de permettre à la personne vivant avec une déficience intellectuelle de s'intégrer davantage aux activités de la société et d'accroître sa qualité de vie. Par ailleurs, l'hébergement à long terme peut être une solution appropriée car, pour certains parents, il n'est pas toujours possible de reprendre une personne qui a pratiquement toujours vécu en institution. Dans le cas où on en décide autrement, la réinsertion sociale demande qu'on encadre de façon importante la famille.

- **Les personnes handicapées physiques**

Les CSS reconnaissent les progrès importants de la technologie médicale pour remédier aux problèmes de déficience physique. Toutefois, on n'a pas consenti d'efforts pour examiner la façon dont la personne vit son handicap. À cet effet, les CSS s'interrogent sur la qualité de vie de la personne handicapée physique, sur l'adaptation de l'environnement à ses besoins, sur le degré réel d'intégration de l'handicapé au milieu scolaire et au milieu du travail. Les personnes handicapées physiques sont souvent confrontées à des problèmes d'isolement, de sous-alimentation, de dépression. Les CSS notent, par ailleurs, un manque évident de ressources humaines et financières dans le champ de la réadaptation. Des personnes handicapées confrontées à de graves problèmes d'adaptation doivent bien souvent être déplacées, retirées de leur milieu pour avoir des services adéquats. Le développement de ressources intermédiaires (ex. : foyer de transition, coopérative d'habitation, appartement supervisé, programme intensif de stimulation sensorielle à domicile, services d'accompagnement et de gardiennage) répondrait davantage aux besoins de cette clientèle.

- **Les personnes atteintes d'une maladie physique**

La pratique sociale auprès des personnes atteintes d'une maladie a en quelque sorte pour assise la composante psychosociale de la maladie. Les services sociaux en milieu hospitalier tentent de soulager l'anxiété reliée à la maladie ou encore de faciliter la réintégration de la personne dans son milieu.

Les CSS observent toutefois que l'intervention sociale en milieu hospitalier est trop souvent contrecarrée par les règles du milieu médical et qu'elle ne peut être pratiquée de façon satisfaisante en raison de l'insuffisance des travailleurs sociaux présents dans les CH. Ces derniers sont pourtant bien souvent la « porte d'entrée » des services dispensés dans le réseau et l'intervention sociale pourrait, dans de meilleures conditions, contribuer à dépister certains problèmes ou à en prévenir l'aggravation. On souligne ainsi que les services d'urgence pourraient s'avérer un terrain propice pour l'intervention auprès des personnes suicidaires, des alcooliques, des enfants et des femmes violentées.

- **Les itinérants**

L'itinérance serait un phénomène en progression constante dans les grands centres urbains. Plusieurs problèmes de comportement y sont reliés : crime, prostitution, alcoolisme, dépression, incapacité mentale. Les itinérants expriment surtout des demandes de dépannage. Les CSS concernés soulignent que l'intervention est limitée et que peu de moyens et de services sont adaptés à cette clientèle. Jusqu'ici c'est davantage le réseau informel, les organismes communautaires et les organismes de charité qui apportent de l'aide aux personnes itinérantes. L'absence de connaissance dans ce domaine, le cloisonnement des services, les obstacles à la concertation, le décalage entre le mode d'encadrement actuel et celui dont aurait besoin ce type de clientèle, à savoir des ressources plus légères ou moins formelles, sont autant de facteurs qui expliquent la difficulté du réseau à développer des services adaptés aux besoins des personnes itinérantes.

- **Les clientèles présentant des particularités socio-culturelles**

Les CSS qui interviennent auprès de la clientèle autochtone estiment que l'écart culturel entre les blancs et les autochtones se manifeste notamment dans

l'application de certaines lois: l'adoption coutumière qui consiste à conclure une adoption par accord verbal entre les deux familles concernées n'est pas reconnue par le régime d'adoption québécois; la *Loi sur les jeunes contrevenants* de par ses procédures ne correspond pas au mode traditionnel de solution des conflits autochtones. Au dire des CSS concernés, cette situation compromet le propre mode de contrôle des nations autochtones. Ce manque d'adaptabilité des lois crée de nombreuses insatisfactions chez les autochtones et rend difficile la pratique sociale. Les nations autochtones veulent prendre sous leur responsabilité tous les services sociaux à leur usage.

Le réseau connaît également des problèmes d'adaptation de ses services aux immigrants et aux communautés culturelles. L'inadéquation des programmes, le manque d'intervenants sociaux originaires de ces communautés et le manque de sensibilisation du réseau à la réalité sociale et culturelle de cette clientèle sont autant de difficultés rencontrées. Pour les réfugiés et les immigrants récents, cette situation semble accentuée par la barrière linguistique et la méconnaissance des services sociaux en tant que tels.

Le réseau n'a pas mis au point de formules d'accueil adaptées aux membres des communautés culturelles dans le besoin. Selon certains CSS, le système semble davantage conçu comme une réponse uniforme et normalisée aux besoins de la population sans une véritable considération de la diversité des populations. Le nombre croissant d'immigrants depuis les dernières années amène une augmentation des demandes d'aide. En regard des nouvelles dispositions québécoise à ce chapitre, les CSS concernés parlent de « rattrapage » à effectuer sur le plan des services sociaux offerts aux communautés culturelles.

La nécessité de préserver les établissements destinés à la population d'expression anglaise a aussi été soulevée. Le modèle « territorial » selon lequel les services sociaux sont dispensés dans la région de Montréal pose notamment un problème compte tenu du fait que la clientèle anglophone desservie est répartie sur l'ensemble du territoire. D'autre part, si certains services ont été conçus pour répondre aux besoins de la population anglophone de la région de Montréal, il n'en est pas toujours le cas dans les autres régions.

2.5.4 Le fonctionnement du système

Les CSS rencontrent certaines difficultés dans l'exécution de leurs mandats. Les nombreux changements introduits depuis la réforme des années 70 ont eu des impacts majeurs sur la distribution des services et sur la pratique sociale. Les nouveaux mandats reçus en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et de la *Loi sur les jeunes contrevenants*, pas plus que la nouvelle responsabilité de créer des comités d'admission et de placement n'ont amené l'octroi de personnel supplémentaire. Le cadre de partage des responsabilités entre les CSS et les CLSC a entraîné certaines ambiguïtés quant au rôle de chacun et des orientations différentes ont été prises par ces deux types d'établissement à l'égard notamment des urgences sociales, de la protection des personnes âgées et des services sociaux en milieu scolaire. D'aucuns considèrent qu'il n'y a pas de véritable complémentarité entre les établissements mais plutôt des tiraillements, des dédoublements de services et de la concurrence.

De l'avis de plusieurs, l'organisation décisionnelle est à l'origine de nombreuses difficultés de fonctionnement du système de santé et des services sociaux. Avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les paliers

décisionnels, soit le MSSS, le CRSSS et les établissements, se voyaient attribuer des responsabilités distinctes qu'on a cependant eu tendance à confondre depuis quelques années. Les instances supérieures s'ingèrent davantage dans la fourniture des services, domaine qui appartient aux établissements. Ce glissement, au dire des CSS, crée de la confusion dans les communications, bloque les initiatives, déprécie le rôle des conseils d'administration et, par ailleurs, ne laisse plus le temps au MSSS et aux CRSSS de planifier et de procéder aux évaluations. À ce propos, certains CSS considèrent que la planification se fait à court terme sans tenir compte de la moindre prévision, sans mesure d'impact et parfois même dans l'ignorance des objectifs déjà poursuivis. Ce manque de planification et d'évaluation des résultats crée un fossé entre l'évolution des besoins et des ressources mises en place pour y répondre.

Pour les CSS, le système de santé et de services sociaux doit continuer de tendre vers une décentralisation administrative. Le Ministère, en vertu de l'imputabilité qu'il assume, doit avoir la responsabilité de la planification et de l'évaluation. Les CRSSS devraient voir renforcées leurs responsabilités auprès des établissements en matière de concertation régionale. Cette concertation doit être stipulée dans la législation afin que les établissements soient consultés avant que ne soient prises les décisions finales. La participation de la population, plus spécifiquement des usagers au sein des conseils d'administration doit être également un principe à maintenir. Selon les CSS, la participation peut aussi prendre d'autres formes comme une contribution aux groupes d'entraide ou un effort de communication systématique entre la population et les établissements.

Enfin, au chapitre du fonctionnement du système de santé et des services sociaux, les CSS dénoncent l'abus de réglementation. Ils qualifient celle-ci de véritable « carcan » qui freine tout effort d'innovation. Ils poursuivent en disant qu'elle est omniprésente, qu'elle introduit des rigidités de plus en plus nombreuses et que son application dans un contexte de rareté des ressources est de plus en plus un luxe. Les CSS reconnaissent l'utilité de certains mécanismes de régulation mais en autant que ceux-ci tiennent compte des disparités régionales et de la possibilité d'innover. Plusieurs CSS apportent l'exemple des ressources intermédiaires qui ne peuvent être développées en raison d'un encadrement trop rigide. Les CSS des régions éloignées décrivent certaines situations où la réglementation fait abstraction de leurs particularités : les distances à parcourir, les frais de déplacement, les besoins différents en matière de formation et les possibilités réduites de perfectionnement.

Parmi les autres problèmes de gestion, les CSS citent celui de l'informatisation des données. Ils ont mis en place des systèmes d'information sur les clientèles et les services fournis mais ils éprouvent certaines difficultés à systématiser cette information. Le principal problème, selon les CSS, est d'identifier et d'élaborer un langage « standardisé » reconnu par l'ensemble des établissements. De plus, il est à l'heure actuelle difficile de choisir quelles sont les informations à inscrire en priorité dans les banques de données.

En effet, les CSS font remarquer que les demandes d'information peuvent être de différents ordres et servir à plusieurs fins (statut ou cheminement des clientèles, statistiques, diagnostic, plan de traitement). Il importe, de l'avis des CSS, que l'information recueillie réponde au plus grand nombre d'usagers

possible, qu'elle soit fiable et significative dans la mesure où elle sert de support à la prise de décision dans la gestion.

2.5.5 Le financement du système et la gestion financière

Les CSS examinent le financement du système de santé et des services sociaux sous deux angles: les valeurs qui sous-tendent le financement et les règles budgétaires.

Au départ, les CSS sont en faveur d'un mode de financement public en raison de l'origine socio-économique des clientèles touchées et de l'état de marginalité auquel celles-ci sont souvent réduites. Pour les mêmes raisons, ils s'opposent à l'établissement d'un ticket modérateur dans l'utilisation des services de santé et des services sociaux.

Les CSS rappellent l'écart qui existe entre les coûts investis dans « les soins de santé » et ceux investis dans « les soins sociaux ». Ils constatent qu'il existe une certaine discrimination quand il s'agit de satisfaire les besoins sociaux ou les besoins de santé, le financement du secteur santé étant déterminé par la demande alors que celui du secteur social est fixé dans un budget préétabli. Selon les CSS, « cette distinction traduit une dépréciation du droit à des services sociaux ». Ces limites budgétaires ont pour effet d'obliger les services sociaux à répondre aux demandes les plus urgentes, ce qui favorise une réponse « santé », dans la mesure où les services de santé sont plus accessibles. Les CSS tiennent également à signaler que seule l'offre des « soins sociaux » est déterminée par un financement préétabli contrairement aux autres secteurs tels que la santé, l'éducation, la justice qui sont financés suivant la demande.

Aux yeux des CSS, le budget prévu pour les services sociaux est sévèrement compartimenté et soumis à des règles strictes qui ne permettent aucun transfert d'un poste à l'autre. La préparation du budget se résume le plus souvent au seul enregistrement des revenus et des déboursés.

Par ailleurs, l'utilisation du « taux de dépendance » comme facteur d'ajustement du budget apparaît peu significative pour la plupart des CSS. L'indicateur « taux d'inactivité » qui définit le « taux de dépendance » s'avère inadéquat pour l'allocation budgétaire. Le critère de « statut socio-économique » semblerait plus approprié. D'autres variables telles que les distances, la faible densité de la population, les ressources en place devraient également être retenues de manière à pouvoir tenir compte, dans la détermination des budgets, des particularités régionales et du contexte d'isolement de certains milieux.

2.5.6 Les ressources humaines

Les CSS observent que les bouleversements (coupures budgétaires, cadre de partage CSS-CLSC,...) des dernières années ont eu pour effet de « démotiver » le personnel professionnel et de compromettre plusieurs projets ou initiatives. Les listes d'attente, la pression des urgences, les contraintes socio-juridiques auxquelles sont soumis les professionnels ne leur permettent pas de bénéficier de charges de travail raisonnables. L'insuffisance chronique des ressources humaines a été maintes fois évoquée par les CSS. De surcroît, le taux de roulement du personnel est un problème important dans les régions éloignées. Le CSS de la Côte-Nord évalue à environ 20 % le taux de roulement de son personnel. Cette situation le force à être constamment en campagne de recrutement. Or, il n'existe aucune mesure pour inciter les praticiens sociaux à s'installer en région éloignée.

Par ailleurs, les CSS estiment qu'il y a une inadéquation entre la formation et les aptitudes requises sur le terrain. Les universités forment davantage des généralistes alors que les CSS ont besoin d'un personnel capable de mener des interventions spécialisées. Les nouveaux professionnels du domaine social souffrent d'une méconnaissance des lois, d'un manque de préparation à l'intervention en contexte d'autorité et d'un manque de formation reliée à la gestion du processus d'intervention. Ce décalage entraîne des problèmes de productivité au moment de l'embauche, une augmentation des cas mis en attente et des coûts supplémentaires. Pour pallier cet écart, des programmes de supervision ont été mis sur pied mais seraient difficiles à maintenir en raison du manque de ressources.

Même pour le professionnel expérimenté, des activités de mise à jour, de supervision, de perfectionnement, de consultation s'avèrent nécessaires afin d'ajuster constamment la pratique sociale aux nouveaux phénomènes sociaux. Toutefois les CSS remarquent que la formation continue est souvent compromise en raison du manque de financement, des délais qui s'écoulent entre la détermination des besoins et l'actualisation des programmes, de l'absence de planification voire de prévision, de la confusion entre les diverses sources de financement.

2.5.7 La recherche

La recherche sociale est dans un « état d'indigence » comparativement à la recherche en santé. Les CSS considèrent que les besoins de recherche sont pourtant réels : clientèles de plus en plus « lourdes », problématiques complexes, nouvelles orientations données aux interventions, nouvelles approches cliniques, évolution du cadre légal. Les professionnels du domaine social ont besoin d'instruments pour comprendre les problématiques, moderniser les interventions et évaluer leur impact.

Les CSS ont une responsabilité de recherche, mais faute de ressources humaines et financières, ils ne peuvent réaliser ce mandat. En outre, les CSS estiment que les critères de sélection des organismes subventionnaires sont pensés en fonction des universités. Les recherches universitaires, par ailleurs, toucheraient davantage les grandes problématiques sociales et auraient peu d'incidence sur les interventions sociales elles-mêmes. Pour évaluer l'efficacité et l'impact des programmes et des interventions, les CSS jugent que la « recherche-action » et la « recherche évaluative » seraient plus pertinentes.

2.6 Les ressources intermédiaires résidentielles (Familles d'accueil)

2.6.1 Présentation

Les familles d'accueil fournissent des lieux d'hébergement et différents services pour assurer le bien-être des personnes qu'elles ont à charge. Elles offrent une alternative au maintien de la personne dans son milieu naturel aussi bien qu'à l'institutionnalisation. Ressources plus légères que les ressources institutionnelles, elles trouvent naturellement leur place dans le contexte où la normalisation des conditions de vie des personnes prises en charge par le système de santé est mise de l'avant. Les principales caractéristiques de ces ressources sont notamment leur souplesse de fonctionnement, leur taille réduite, l'intégration dans la communauté, le contexte relationnel familial.

Elles sont généralement recrutées par les CSS qui leur assurent à des degrés divers des services techniques et professionnels. Elles accueillent différentes clientèles (enfants, adolescents, personnes handicapées, personnes âgées) qui ne peuvent trouver, dans leur milieu naturel, de réponses appropriées aux problèmes qu'elles connaissent.

Les familles d'accueil et leur association ont déposé quatre représentations écrites portant sur les problèmes de fonctionnement et de financement qu'elles rencontrent. D'autres ressources, telles que les pavillons, les appartements supervisés, les appartements satellites, les ateliers protégés et les ateliers de travail qui relèvent pour la plupart des CA et des CH psychiatriques, pourraient être aussi qualifiées de ressources intermédiaires. Mais, pour les fins de la présente synthèse, leurs points de vue ont été intégrés aux représentations des établissements dont elles dépendent.

2.6.2 Le fonctionnement

Lors de la consultation, les familles d'accueil ont fait état de deux problèmes spécifiques. Elles jugent qu'elles sont surchargées de travail et qu'elles n'obtiennent pas assez de collaboration de la part du réseau institutionnel.

Selon les organismes rencontrés, depuis la désinstitutionnalisation, les familles d'accueil ont été davantage sollicitées. Elles ne peuvent, cependant, répondre à toutes les attentes ; elles manquent de moyens pour faire face aux problèmes de plus en plus complexes des clientèles placées. Certaines familles d'accueil sont épuisées et « démotivées ». Elles auraient besoin de services de gardiennage, de dépannage, de transport qui les aideraient et leur apporteraient des moments de répit. À ce point de vue, les familles d'accueil considèrent que le réseau ne leur fournit pas suffisamment de soutien dans leurs activités. Pour suppléer, elles doivent acquérir, par elles-mêmes, certaines compétences ou inventer des solutions d'appoint. À l'heure actuelle, le besoin de soutien est d'autant plus important que la clientèle orientée vers les familles d'accueil est constituée de cas plus lourds : les patients qui viennent de connaître l'hospitalisation en milieu psychiatrique ont besoin de soins particuliers ; les adolescents souffrent de plus en plus de problèmes multiples (drogue, drop out,...) qui demandent une intervention professionnelle rapide. Ainsi, une forte proportion de la clientèle des familles d'accueil nécessite des services spécialisés supplémentaires. Or, le personnel actuel du réseau ne peut satisfaire tous ces besoins.

Le manque de collaboration entre le réseau et les familles d'accueil est unanimement déploré. Ces dernières sont peu consultées sur les décisions à prendre en ce qui concerne les clientèles et peu au courant des dossiers. Cette situation aurait pour causes le manque de personnel et les lourdeurs bureaucratiques. Les familles d'accueil déplorent également qu'on ne fasse pas usage d'une approche multi-sectorielle, ce qui permettrait d'intégrer toute la gamme des services (santé, services sociaux, travail) dont pourrait avoir besoin un bénéficiaire.

Elles ajoutent qu'elles ont encore peu de poids pour faire entendre leurs demandes auprès des instances concernées. Selon elles, cette situation tient particulièrement au fait qu'elles sont le plus souvent dispersées sur le territoire.

Les familles d'accueil estiment aussi que le réseau ne se penche pas assez sur leur rôle et sur leurs besoins. Peu de recherches se sont intéressées à la problématique du placement. Les programmes de formation offerts par les

établissements aux familles d'accueil ne sont pas suffisants ou encore ne répondent pas à leurs besoins. Pourtant, selon les associations rencontrées, ce sont les familles d'accueil qui s'apparentent le plus à la famille naturelle et qui, à ce titre, paraissent être les ressources les plus appropriées pour atteindre les objectifs de normalisation et d'intégration poursuivis par le Ministère. C'est pourquoi les familles d'accueil réclament davantage de soutien et de « suivi ». En outre, elles croient qu'il faudrait procéder au plus vite au recrutement de nouvelles familles.

2.6.3 Le financement

Les familles d'accueil ne sont pas rémunérées mais elles reçoivent une compensation destinée à couvrir les frais engagés pour répondre aux besoins des personnes qui leur sont confiées. Même si devenir famille d'accueil correspond, pour elles, à un engagement social, elles estiment que les contrats et les modalités d'allocation financière devraient être révisés. Les exigences particulières des clientèles, telles que les déplacements pour fin de traitement ou d'intervention spécialisée, les dépenses inhérentes à des régimes alimentaires spéciaux, les services de gardiennage justifient, selon elles, l'amélioration des modalités de financement.

Les familles d'accueil souhaiteraient bénéficier d'avantages fiscaux tels que ceux accordés aux petites entreprises; elles pourraient jouir de déductions à la base ou de certains remboursements. Enfin, les familles d'accueil soulignent qu'elles entretiennent des relations difficiles avec les villes et municipalités qui veulent décider de la localisation des familles d'accueil par l'entremise de la réglementation du zonage.

2.7 Les centres d'accueil de réadaptation et d'hébergement

2.7.1 Présentation

Les centres d'accueil de réadaptation, les centres d'accueil d'hébergement publics et privés et leurs associations respectives ont déposé à la Commission 66 représentations écrites. La Commission les a rencontrés à 35 reprises lors de la consultation.

2.7.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux

Pour les centres d'accueil, l'interdépendance du secteur de la santé et du secteur social est une question importante. On déplore le peu de poids accordé aux facteurs sociaux alors qu'ils ont une influence marquante sur l'état de santé de la population. Les tentatives d'intégration de ces deux champs se sont davantage matérialisées dans les structures que dans la pratique. Le secteur social est toujours dépendant du secteur santé et est traité comme secondaire, ce qui se traduit dans la répartition des budgets.

Par ailleurs, les CA estiment que les objectifs du système de santé et de services sociaux sont valables mais qu'il est important de remettre en question les moyens choisis pour les réaliser et, surtout, de voir à ce que ces objectifs soient concomitants. À cet effet, les CA rappellent qu'à l'heure même où l'on parle d'accessibilité, certains établissements ou encore certaines régions n'offrent pas tel ou tel service. De plus, malgré les nombreux discours en faveur de la prévention, celle-ci se retrouve, plus souvent qu'autrement, noyée dans l'ensemble des services curatifs.

2.7.3 Les besoins en services de santé et en services sociaux

- **Les personnes handicapées physiques**

Selon les centres d'accueil de réadaptation pour personnes handicapées physiques, la clientèle dont ils ont la charge éprouve plusieurs problèmes d'adaptation : adaptation à un handicap, adaptation au milieu familial, social et professionnel. Les interventions auprès des personnes handicapées physiques impliquent donc l'interaction continue des services de santé et des services sociaux.

Ces centres insistent plus particulièrement sur l'existence de disparités régionales importantes dans l'offre de services spécialisés. Ces derniers sont centralisés à Montréal et à Québec tandis que d'autres régions ne disposent même pas de services minimaux. Certaines personnes handicapées se voient donc obligées d'aller chercher ailleurs ce qu'elles ne trouvent pas sur place. Cette situation va jusqu'à compromettre la réadaptation de certaines personnes. Il existe aussi des disparités dans les régimes d'aide aux personnes handicapées dont certains contiennent des critères restrictifs d'éligibilité pouvant faire obstacle à la réadaptation et à l'intégration sociale des personnes concernées. Enfin, certains CAR jugent que les ressources mises à la disposition des programmes de santé et des programmes sociaux sont très inégales.

- **Les personnes handicapées intellectuelles**

Les centres de réadaptation pour personnes handicapées intellectuelles soulignent d'abord qu'on continue à confondre déficience intellectuelle et maladie mentale bien que les deux clientèles concernées n'aient pas les mêmes besoins. De l'avis des CAR, les préjugés à l'égard des personnes handicapées intellectuelles empêchent ces dernières d'exercer leurs droits et s'avèrent l'obstacle majeur à leur intégration sociale. Plusieurs centres estiment qu'en dépit du courant de normalisation et des orientations prises en matière de désinstitutionnalisation, peu d'efforts ont été faits pour sensibiliser les gens à ce problème.

Les CAR ont fait le relevé des nombreux problèmes soulevés par le mouvement de désinstitutionnalisation : la persistance des préjugés de la société à l'égard des personnes souffrant d'un handicap, les obstacles que créent les conventions collectives à la réaffectation du personnel, le manque de ressources intermédiaires qui empêche d'offrir aux personnes ayant un handicap un milieu de vie normal et enfin, le manque de services de soutien capables d'assurer leur intégration dans la communauté.

D'après les CAR, le défi le plus important en ce qui concerne la désinstitutionnalisation est celui de vaincre « les obstacles liés aux mentalités ». Des résistances importantes se manifestent au sein de la société à l'endroit des personnes présentant une déficience : difficulté d'établir des foyers de groupe dans un quartier, intégration compliquée voire périlleuse en milieu scolaire ou en milieu de travail, sensationnalisme des médias à l'occasion de certains incidents.

Les CAR font remarquer qu'il existe également des résistances syndicales qui s'exercent par le biais des conventions collectives. La désinstitutionnalisation implique une autre façon de fonctionner, la présence de plus en plus importante des services externes, des champs d'activités différents, des tâches modifiées. Ce processus doit donc se mettre en place en consultation avec les syndicats. La formation du personnel et son implication s'avèrent être, dans ce contexte, des conditions de réussite importantes.

Les CAR considèrent que le développement de ressources intermédiaires est un autre élément à privilégier dans le contexte de désinstitutionnalisation. Actuellement, ces ressources sont insuffisantes. De plus, celles qui sont en place ont du mal à obtenir une reconnaissance des autorités et à se faire financer. Il en est de même pour les familles d'accueil de réadaptation qui ne bénéficient pas de tout le soutien dont elles auraient besoin. Pour les CAR, la désinstitutionnalisation ne peut se réaliser sans les ressources humaines et financières nécessaires et ne doit donc pas servir à la rationalisation des coûts. La famille, le milieu scolaire et le milieu de travail ont également besoin d'être soutenus dans cette entreprise.

- **Les jeunes mésadaptés socio-affectifs**

Les problèmes des mésadaptés socio-affectifs, tels qu'identifiés par les centres d'accueil de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, sont notamment une carence affective et une détérioration de leurs relations avec leur famille, leurs pairs, leur milieu. Les centres de réadaptation croient donc que ces jeunes ont d'abord besoin d'une présence et d'une qualité de relation aussi bien que de services stables et continus. Or, ils remarquent que les services actuels leur offrent parfois tout le contraire : fragmentation des services, dédoublement des interventions, lourdeur du processus de prise en charge.

Par ailleurs, certains CAR notent qu'ils ne sont pratiquement pas consultés dans le processus de prise en charge des jeunes. Peu de contacts sont établis entre les centres d'accueil, le directeur de la Protection de la jeunesse (DPJ) et le Tribunal de la jeunesse pour définir le type d'encadrement qui conviendrait le mieux à cette clientèle. Par exemple, malgré leurs besoins différents, des jeunes contrevenants et des jeunes référés par le DPJ se retrouvent dans un même centre soumis à des programmes de réadaptation similaires.

Pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle, certains CAR ont développé des centres de scolarisation, des centres de jour et des ateliers de travail. Les expériences qui s'y vivent s'avèrent très positives pour la réadaptation des jeunes. Cependant, comme plusieurs l'ont exprimé, ces services ont du mal à fonctionner en raison d'un manque de ressources humaines, financières et matérielles. Des projets « d'entreprise intermédiaire » favorisant l'insertion des jeunes délinquants au milieu du travail se butent à de nombreuses difficultés : budgets ne permettant aucune opération du genre, financement difficile à trouver, gymnastique administrative que doivent faire les partenaires de la communauté pour arriver à s'impliquer dans ce type de ressource, réglementation rigide (code du travail, aide sociale, CSST), difficultés pour réaffecter du personnel dans ces nouveaux programmes, manque de collaboration et de concertation entre les différents partenaires du réseau.

- **Les personnes alcooliques et toxicomanes**

Les centres d'accueil de réadaptation en toxicomanie font remarquer qu'il n'y a eu aucun investissement ni aucun développement dans ce secteur depuis dix ans. Ils signalent également que le Québec n'a pas de politique globale en matière de toxicomanie. Cette situation a amené une diminution du personnel en toxicomanie, une diminution du nombre de lits, et dans certains cas la disparition pure et simple du département d'alcoologie ou du service de toxicomanie. Peu de centres hospitaliers offrent des services de désintoxication. Selon les CART,

l'absence de coordination et de concertation entre les différents partenaires concernés (CH, CLSC, CART) conduit bien souvent à de nombreuses aberrations, rend inefficaces certains traitements alors même que pour les alcooliques et autres toxicomanes, avoir confiance dans le succès des interventions est un facteur primordial de réhabilitation. Cette situation amène certaines personnes alcooliques ou toxicomanes à se tourner vers des services privés qui jusqu'ici ont connu beaucoup d'essor. Cependant, les frais occasionnés par ces services sont souvent très élevés et une clientèle importante ne peut y avoir accès. C'est le cas d'un nombre grandissant de jeunes touchés par des problèmes de drogue ou d'alcool.

- **Les mères en difficulté d'adaptation**

Les centres d'accueil pour mères en difficulté soutiennent que les préjugés et l'incompréhension envers les mères célibataires existent toujours. Ils expliquent également que les mères hébergées souffrent parfois de lourds problèmes : elles sont le plus souvent issues d'un milieu familial qui les rejette et dépendantes d'un milieu social délinquant ; elles sont parfois victimes de violence ou d'abus sexuels ; elles peuvent aussi s'adonner à la drogue, l'alcool ou la prostitution.

Au fil des ans les centres d'accueil pour mères en difficulté d'adaptation ont mis sur pied plusieurs types de services : hébergement, centre de jour, suivi pré et post-accouchement. Bien que les différents partenaires du réseau reconnaissent leur expertise, ces centres constatent que leurs services se heurtent constamment à des problèmes de survie et qu'ils doivent sans cesse faire la preuve qu'il existe des besoins dans ce domaine.

- **Les personnes âgées**

Selon les centres d'accueil d'hébergement, les personnes âgées hébergées sont en perte d'autonomie de plus en plus marquée. Ils constatent que les limitations physiques, psychologiques et sociales de ces bénéficiaires demandent davantage de services spécialisés. Les CAH notent que les personnes âgées hébergées en centre d'accueil ont besoin, outre les soins infirmiers, d'un autre type d'assistance car elles sont le plus souvent démunies face au processus de vieillissement, sont davantage touchées par les difficultés de la vie (craintes excessives, dépression, tendances suicidaires) et souffrent de façon particulière de l'isolement.

Certains centres d'hébergement soulignent que les services médicaux psychiatriques et les programmes adaptés pour les personnes âgées présentant des pathologies à incidence psychiatrique sont insuffisants. Selon eux, depuis quelques années, la clientèle est affectée de problèmes plus lourds et il est plus difficile de la faire cohabiter avec les personnes âgées plus autonomes. Il en est de même pour la clientèle adulte (déficients légers, mésadaptés socio-affectifs, ex-patients psychiatriques, handicapés physiques) qui se retrouve en centre d'accueil d'hébergement et qui aurait besoin de services mieux adaptés. Par ailleurs, d'autres centres d'accueil d'hébergement constatent qu'avec l'alourdissement de la clientèle âgée, les installations des centres sont de moins en moins fonctionnelles.

Pour répondre à la carence de ressources, à l'inadéquation des services et à l'évolution de la problématique des personnes âgées, les centres d'accueil d'hébergement trouvent important de réaffirmer qu'il est dans leur rôle d'offrir l'ensemble des services gérontologiques. Dans cette perspective, les centres

d'accueil d'hébergement souhaitent offrir une gamme de services complémentaires: centres de jour, hébergement temporaire, services de réadaptation, services de maintien à domicile, services de bénévoles, etc...

Sur un autre plan, certains centres d'accueil d'hébergement s'inquiètent du nombre grandissant de ressources d'hébergement non contrôlées du type maisons de chambre, foyers privés, etc. Bien que ces ressources peuvent répondre à certains besoins, on s'interroge sur la qualité des services offerts.

Dans la même veine, les centres d'accueil privés autofinancés en appellent à la reconnaissance de leurs services. Ils estiment que jusqu'ici ils existent en marge du réseau de la santé et qu'ils n'ont pas pu compter sur une véritable collaboration de la part des organismes responsables de l'hébergement des personnes âgées. Ils considèrent qu'ils répondent à un besoin, contribuent à résoudre le problème d'engorgement des services qui sévit actuellement, font réaliser des économies importantes au trésor public et constituent un secteur témoin qui incite les autres établissements à améliorer la qualité de leurs services. Certains souhaiteraient être davantage intégrés au réseau public pour bénéficier d'un encadrement professionnel, avoir la possibilité de recourir à des spécialistes et profiter des outils de référence et d'intervention.

2.7.4 Le fonctionnement du système

Dans un premier temps, les centres d'accueil insistent sur l'importance pour toute organisation de pouvoir s'appuyer sur un mandat clairement défini. L'attribution de rôles « clairs, signifiants et valorisants » facilite, selon les CA, la concertation et la coordination entre différents partenaires.

Actuellement, les CA constatent qu'on interprète mal et qu'on ne reconnaît pas leur rôle. Se référant à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*, les CA relèvent qu'il est de leur responsabilité « d'offrir des services internes, externes ou à domicile ». Or, selon eux, la réalité est tout autre. On fait plus souvent appel à eux en « bout de ligne ». Ils ont l'impression d'être le « déversoir » des établissements pour des clientèles trop lourdes, de remplir une fonction de dépannage auprès des établissements du réseau alors qu'ils pourraient s'employer à satisfaire les besoins des bénéficiaires.

Même si leurs mandats semblent larges, les CA notent que, dans la pratique, leur action est limitée par les frontières professionnelles, par les moyens et les ressources mis en place. Cette situation, au dire des CA, a pour effet de cloisonner et compartimenter les services, de morceler l'intervention et ce sont les bénéficiaires qui en subissent les conséquences. Ces derniers sont ballotés d'un service à un autre sans qu'il y ait nécessairement continuité dans les interventions. Selon les CA, cette discontinuité découle notamment de la distinction établie entre la réadaptation et la réinsertion sociale qui leur semble assez superficielle. Ainsi, bien que la réinsertion sociale ne soit pas exclue du champ des CAR, elle est assumée, pour une question de ressources, par les CSS. Pour des raisons similaires, les centres d'accueil d'hébergement disent ne pouvoir dispenser véritablement de services gérontologiques.

De l'avis des CA, les rôles respectifs des établissements du réseau devraient être redéfinis en fonction des besoins des clientèles, ce qui permettrait de traiter la personne dans sa globalité et d'implanter un réseau de services et non d'établissements. De plus, ils souhaitent offrir des services d'assistance de la

même façon qu'ils offrent des services de réadaptation, ceux-ci pouvant être aussi bien assurés à domicile qu'en institution.

D'autres ambiguïtés devraient être levées, en particulier celles qui portent sur les différents paliers de décision dans le réseau. Les CA constatent que les établissements transigent, selon les dossiers, soit avec le Ministère, soit avec le CRSSS. De même, le MSSS s'adresse tantôt au CRSSS, tantôt directement aux établissements. Tous deux ont tendance à s'ingérer de plus en plus dans la distribution des services ainsi que dans la gestion et le contrôle des ressources au détriment des responsabilités qu'ils devraient exercer dans la planification et l'évaluation. De l'avis de certains, le manque de planification fait en sorte que des orientations discordantes sont prises et que les interventions du MSSS et du CRSSS ont lieu en situation de crise ou sous la pression des événements.

D'après les CA, on se méprend sur le rôle des CRSSS. Si la *Loi des services de santé et des services sociaux* leur octroie certaines responsabilités, leurs pouvoirs de décision leur sont par contre octroyés par le Ministère qui jusqu'ici leur a confié peu de pouvoirs réels. Les CRSSS ont donc surtout un pouvoir de « filtrage » entre le Ministère et les établissements. De plus, le fait qu'actuellement les CRSSS jouent à la fois le rôle de bureaux régionaux du Ministère et de lieux de concertation compromet leurs interventions auprès des établissements.

Pour les centres d'accueil, même si le réseau de santé et de services sociaux tend vers une certaine décentralisation, les pouvoirs de décision se situent encore trop loin de l'action. Cette distance entraîne des délais, des incompréhensions et des distorsions dans les communications. Certains centres d'accueil considèrent que la décentralisation s'avère être plutôt une déconcentration. D'autres estiment que la décentralisation a eu pour effet la création d'une structure régionale centralisatrice, sujette au favoritisme. Aussi, pour plusieurs, la décentralisation devrait se faire en faveur des établissements de façon à donner à ces derniers plus de pouvoirs et plus de possibilités d'action.

Les centres d'accueil de réadaptation du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Estrie, dont les régions ont fait l'objet « d'un décret de décentralisation », concluent, pour la plupart, que cette expérience s'est avérée positive. Elle aurait favorisé l'auto-suffisance régionale, une plus grande autonomie des établissements concernés, une diversification des programmes et une complémentarité plus grande notamment dans les services offerts par les CSS et les organismes communautaires.

La question de la décentralisation amène à se pencher sur les pouvoirs des conseils d'administration locaux. Selon plusieurs CA, ces pouvoirs sont très restreints et leur marge de manœuvre se limite à l'application des directives du MSSS. Les conseils sont peu impliqués dans la définition des objectifs et des critères d'évaluation de la performance des établissements ou encore dans la détermination des règles de fonctionnement. Une autre ambiguïté vient du fait que les centres d'accueil sont constitués en corporations indépendantes mais régentés et administrés comme des succursales du MSSS. Les conseils d'administration servent principalement de « caution pour les directives du MSSS ».

De même, la composition des conseils d'administration pose, selon les CA, certains problèmes. Ainsi, la présence d'un grand nombre de membres du

personnel du réseau crée souvent des conflits d'intérêts. Les usagers fort peu nombreux au sein des conseils ont de la difficulté à faire valoir leurs points de vue. Certains CA parlent de la trop grande « consanguinité » entre les membres des conseils d'administration, les sièges s'échangeant d'une catégorie d'établissements à une autre. Pour que le bon fonctionnement des conseils d'administation soit assuré, il faudrait leur attribuer des pouvoirs réels et y faire siéger un nombre plus important de représentants des communautés locales ayant certaines compétences en gestion.

Parmi les problèmes rencontrés dans le système de services de santé et de services sociaux, il n'en est aucun qui soit plus lourd que celui des contrôles : c'est le point de vue unanime des centres d'accueil. Les CA ont l'impression d'administrer des procédures plutôt que des services. Ils se disent paralysés sous le poids des règles, contraintes légales, directives et conventions collectives parfois inconciliables entre elles qui grugent leur énergie et briment leur créativité.

Les contrôles excessifs occasionnent des coûts qui sont particulièrement lourds à assumer pour les établissements de petite et de moyenne taille. Les normes, règlements et directives se prêtent à de multiples interprétations et ne sont pas toujours adaptés aux réalités d'une région. Trop souvent rigides, ceux-ci ne tiennent pas compte de variables comme la distance, la densité de la population, la déconcentration des services, et sont tout à fait inappropriés lorsqu'on veut, par exemple, développer des services externes, des centres de jour, des ateliers de travail et des ressources intermédiaires.

2.7.5 Le financement du système et la gestion financière

Du point de vue des centres d'accueil, les services sociaux sont traités différemment des services de santé dans le processus de financement. Il est étonnant de constater l'écart qui existe entre les coûts engendrés par les soins à donner à des bénéficiaires ayant des besoins similaires, selon que ceux-ci sont à la charge d'un CHLD ou d'un CAH. Les CA remarquent également que peu d'investissements ont été engagés dans les centres d'accueil comparativement à ceux consentis aux centres hospitaliers.

Le mode de financement du système est actuellement axé sur les établissements et non sur une reconnaissance des besoins. Selon certains centres, le système ne pourra s'ajuster à la demande tant que les budgets continueront d'être établis sur une base historique.

Par ailleurs, certains centres d'accueil d'hébergement notent que les bases de comparaison budgétaires sont inadéquates (per diem contre taux d'occupation) et même inutilisables dans le cas des établissements en régions périphériques ou éloignées car elles ne tiennent pas compte des coûts additionnels relatifs aux déplacements, à la déconcentration des services, au taux de roulement du personnel, etc... Les normes de budgétisation ne tiennent pas compte non plus de la « double identité » de certains CAR qui en plus d'offrir des services d'hébergement et de réadaptation mettent sur pied des ateliers de travail. Ainsi, les dépenses engagées pour maintenir en service un atelier sont comptabilisées dans leur budget global de fonctionnement sans qu'en soient soustraits les revenus retirés de la vente des produits fabriqués. En bout de compte, le coût per capita d'un bénéficiaire est artificiellement grossi et semble donc plus élevé que dans les autres CAR. Cela a pour effet qu'on ne rend pas justice au travail accompli réellement.

En somme, pour les CA, le processus budgétaire devrait reposer sur une évaluation plus rigoureuse des priorités et des coûts. Il faudra aussi cesser de dévaloriser tout ce qui est service public. Dans cette optique, tout projet de privatisation devra être examiné avec circonspection car on doute que les bénéficiaires soient en mesure de payer davantage qu'ils ne le font actuellement.

2.7.6 Les ressources humaines

Les centres d'accueil parlent de « pénurie grave de ressources humaines ». Cette carence se fait surtout sentir dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées et s'explique principalement par l'alourdissement croissant de cette clientèle. L'augmentation du nombre de cas en attente a amené les centres d'accueil à donner priorité aux « urgences » et donc à admettre des personnes exigeant plus de services. Une étude du MSSS révèlerait que les ressources disponibles en centre d'accueil ne peuvent satisfaire que 65 % des besoins minimaux. Cette évaluation n'inclut pas les services de réadaptation et les services sociaux qui sont quasi absents dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

De plus, les conventions collectives imposent des limitations à la réallocation des ressources. L'ancienneté, par exemple, est un facteur de rigidité important en raison de la grande stabilité d'emploi qu'elle procure ; cette réalité n'incite pas à une véritable mise à jour des compétences.

2.7.7 La recherche

Les centres d'accueil constatent qu'il se fait peu de recherches sur le développement social, sur les besoins en services sociaux ou encore sur les interventions sociales elles-mêmes. Il n'y a pas au Québec de tradition de recherche en matière de réadaptation et de réinsertion sociale. Les fonds pour entreprendre des projets expérimentaux concernant des personnes ayant un handicap sont pratiquement inexistants. Les centres d'accueil remarquent, d'autre part, que les recherches qui se font ne sont pas suffisamment diffusées et qu'il n'y a pas de coordination en matière de recherche sociale.

III — Les corporations professionnelles

3.1 Présentation

Quarante corporations existent au Québec au sens du Code des professions. De celles-ci, 22 se partagent le domaine de la santé et des services sociaux, soit 20 corporations dans le champ de la santé[1] et deux dans celui des services sociaux[2]. La moitié de ces corporations jouissent d'un titre réservé avec un monopole d'exercice[3]; cela sous- entend, qu'en plus du titre, elles ont le droit « en exclusivité » de poser certains actes ou l'ensemble des actes dans un champ de pratique qui leur appartient. Les 11 autres corporations ont un titre réservé, c'est-à-dire qu'elles ont seulement le droit de porter le titre[4].

Les 22 corporations de la santé et des services sociaux regroupent 114 205 individus. La majorité des membres de ces corporations (90 %) exercent totalement, ou en très grande partie, dans le secteur public de la santé et des services sociaux.

La multiplication des corporations fait qu'un même champ est parfois occupé par plusieurs corporations et que les frontières, séparant le champ de l'un de celui de l'autre, sont difficiles à délimiter d'où l'introduction par le législateur du mécanisme de délégation des actes.

La loi constitutive de certaines corporations d'exercice exclusif contient, en effet, un article qui leur crée l'obligation de déléguer des actes à des personnes autres que leurs membres, actes qui doivent être exécutés moyennant certaines conditions. Ces corporations délégantes sont celles des médecins, infirmières, dentistes, optométristes, podiatres, pharmaciens et chimistes. Il appartient à chaque

(1) Ces corporations sont les audioprothésistes, chiropraticiens, dentistes, denturologistes, diététistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, médecins, opticiens d'ordonnance, optométristes, orthophonistes et audiologistes, pharmaciens, physiothérapeutes, podiatres, techniciens dentaires, techniciens en radiologie et technologistes médicaux.

(2) Ce sont les travailleurs sociaux et les psychologues.

(3) Ces corporations sont les audioprothésistes, chiropraticiens, dentistes, denturologistes, infirmières, médecins, opticiens, optométristes, pharmaciens, podiatres, techniciens en radiologie.

(4) Les corporations à titre réservé sont les: diététistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, orthophonistes et audiologistes, physiothérapeutes, psychologues, techniciens dentaires, technologistes médicaux et travailleurs sociaux.

corporation de définir à qui des actes seront délégués et dans quelles conditions ces mêmes actes seront posés. Le souci du législateur en promulguant cette obligation de délégation d'actes était l'autonomie professionnelle et la collaboration interprofessionnelle.

Les corporations de la santé et des services sociaux ont soumis 28 représentations écrites à la Commission et ont participé à 25 audiences, tant au niveau pan-québécois que régional. Elles y ont parlé de leur statut juridique, du mécanisme de délégation des actes, de la formation de leurs membres et de leurs conditions de travail.

3.2 Les statuts juridiques des corporations

Les notions d'exercice exclusif et de titre réservé caractérisent et distinguent à la fois le type de pratique des professions. D'après certains, le titre réservé n'est pas suffisant pour garantir que les actes qui sont posés le sont en toute sécurité pour le bénéficiaire. Le titre réservé permet à la corporation de surveiller la compétence de ses membres et de voir à ce que la formation qu'ils ont reçue les habilite à travailler dans leur secteur. Or, comme c'est le titre et non l'acte qui est réservé, d'autres professionnels peuvent aussi poser les mêmes actes et la corporation n'a pas de droit de regard sur les actes posés par les non-membres. Plusieurs corporations pensent que les employeurs devraient exiger que les employés soient membres d'une corporation légalement reconnue par le Code des professions avant de les embaucher. Cela empêcherait l'apparition de nouvelles appellations pour des emplois qui étaient traditionnellement réservés à des corporations existantes.

Ainsi, dans le domaine des services sociaux, on a vu apparaître les agents de relations humaines (A.R.H.), les psycho-éducateurs et les techniciens en assistance sociale. Le domaine de la santé a connu aussi de nouveaux arrivants qui sont venus modifier la répartition des tâches dans des secteurs déjà passablement parcellisés, au dire des acteurs. Certains professionnels accomplissent aussi des actes qui ne leur appartiennent pas et, par conséquent, ne sont soumis à aucune surveillance. Cela amène les corporations à titre réservé à dire qu'elles ne peuvent remplir adéquatement leur premier mandat, la protection du public, tant que l'appartenance à la corporation ne sera pas obligatoire. Trop d'individus non membres posent les mêmes gestes sans qu'elles puissent agir.

Par ailleurs, les professionnels qui ont un monopole d'exercice croient qu'il est nécessaire, pour assurer la protection du public, qu'un professionnel « compétent » ait l'exclusivité d'un champ de pratique. D'après eux, certains actes dont les conséquences, en cas de mauvaise application, peuvent être importantes pour l'usager doivent rester d'exercice exclusif.

Une corporation d'exercice exclusif, l'Ordre des chiropraticiens du Québec, se sent exclue du réseau public de la santé. Les services de ces professionnels ne sont pas remboursés par l'État, selon eux, les lois du domaine de la santé ne les reconnaissent pas comme professionnels de la santé. Par contre, la CSST défraie les soins prodigués par un chiropraticien s'ils sont exécutés sous prescription médicale. D'après les chiropraticiens, cet état de chose entrave le libre choix des bénéficiaires et constitue un accroc aux principes de l'accessibilité et de la gratuité puisque les plus démunis ne peuvent avoir accès à leurs services.

3.3 La délégation des actes

Le mécanisme de délégation des actes autorise légalement certains groupes à poser certains actes déterminés. Les actes délégués ne peuvent être exécutés par les délégataires que dans certaines conditions établies par les délégants.

La Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ) est la corporation la plus concernée par cette politique de délégation puisqu'elle délègue aux infirmières, infirmières auxiliaires, technologistes médicaux, inhalothérapeutes et techniciens en réadaptation. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) est, à la fois, délégataire et délégant car il délègue à son tour aux infirmières auxiliaires.

Les médecins soulignent que si l'on a défini par règlement les actes qu'ils pouvaient déléguer aux infirmières, c'est à la demande des infirmières. Pour eux, cette réglementation était inutile puisqu'ils peuvent très bien s'entendre à l'amiable avec celles-ci. Les infirmières, quant à elles, affirment ne pas connaître de problèmes avec les médecins quant au déroulement du processus de délégation, ce qui n'est pas le cas avec les auxiliaires.

Les infirmières auxiliaires pratiquent à l'intérieur du même champ que les infirmières (les soins infirmiers) qui en détiennent l'exercice exclusif. C'est la loi constitutive des infirmières qui crée l'obligation de déléguer des actes aux auxiliaires. Les infirmières leur ont autorisé seize actes par règlement. Or, les infirmières auxiliaires disent que le nombre d'actes effectivement délégués varie selon les directives des établissements.

À leur tour, les dentistes croient que le législateur a mal défini les nouvelles professions en laissant trop de place à l'interprétation. Cela leur semble évident dans le cas de la reconnaissance de la denturologie comme profession à exercice exclusif. Ils pensent que le législateur a ainsi inutilement fragmenté le champ de l'art dentaire en confiant la fabrication des prothèses aux denturologistes alors que les techniciens dentaires le faisaient très bien, avant, sous la supervision ou non du dentiste. De plus, le législateur n'a pas précisé dans sa loi le type de prothèse concerné (complète ou partielle), ce qui crée, d'après eux, de l'ambiguïté et n'assure pas la protection du public. Les dentistes se disent prêts à laisser aux denturologistes la fabrication de la prothèse complète mais seulement après émission par eux d'un certificat de santé dentaire ; ils s'opposent, cependant, à ce que ce groupe s'approprie le domaine de la prothèse dentaire amovible parce qu'il n'aurait pas reçu la formation suffisante pour le faire dans le meilleur intérêt du client.

D'autres professionnels, issus de la réforme des professions en 1973, occupent aussi le champ dentaire. Il s'agit des hygiénistes dentaires, corporation à titre réservé, qui attendent toujours une délégation d'actes des dentistes. Ces derniers ne s'objectent pas à la délégation en autant qu'elle se restreigne à quelques actes seulement. Les hygiénistes s'opposent à ce qu'on limite à ce point leur pratique, estimant que leur formation les a préparées à beaucoup plus. Les hygiénistes disent vouloir simplement qu'on leur reconnaisse finalement ce qu'elles font officieusement, surtout que le débat en cours a déjà donné lieu a de nombreux démêlés juridiques au cours des 13 dernières années. Par ailleurs, l'Ordre des dentistes demande au gouvernement de permettre à un nombre plus grand d'écoles secondaires d'offrir la formation en assistance dentaire. Traditionnellement, c'était le dentiste qui formait son assistante en cours d'emploi.

Un autre groupe de professionnels de la santé est soumis au mécanisme de la délégation d'actes. Il s'agit des optométristes qui doivent déléguer des actes aux opticiens d'ordonnance (corporation d'exercice exclusif). Or, le champ de l'optique est occupé par trois professionnels de formation différente (l'ophtalmologiste, l'optométriste et l'opticien), mais qui ont tous trois en commun, dans leur loi professionnelle, la vente de lentilles ophtalmiques. Cependant, il est précisé dans la loi des opticiens d'ordonnance que ces derniers ne peuvent rendre leurs services, soit la pose, l'ajustement et la vente de lentilles que « sur ordonnance d'un médecin ou d'un optométriste ». Mais la loi des optométristes ne les oblige pas à remettre l'ordonnance à leur client. Cette situation engendre, selon les opticiens, une dépendance de leur profession vis-à-vis l'ophtalmologie et l'optométrie en plus de créer de la compétition dans la distribution des services. Après plusieurs années de débats, le gouvernement a tenté de faire inclure, dans la loi des optométristes, l'obligation de remettre l'ordonnance à son client. L'Ordre des optométristes a contesté ce règlement qui a été annulé pour vice constitutionnel. L'Ordre a finalement soumis un nouveau projet de règlement en décembre 1985 dans lequel il n'est nullement fait mention de la remise de l'ordonnance.

La plupart des corporations qui se sont adressées à la Commission commentent le mécanisme de la délégation des actes même si leurs membres ne sont pas, à proprement parler, soumis à ce mécanisme. Leur cohabitation dans un même champ d'activité leur permet de dire que la délégation des actes a créé des conflits dans les milieux de travail. Pour ces corporations, il est urgent de revoir ce mécanisme à la lumière des expériences vécues. Il semble que ce processus contribue à accroître le pouvoir du délégant et que l'application du règlement dépende de la force des parties concernées.

3.4 La formation professionnelle

Toutes les corporations, qui ont abordé ce sujet, autant celles du domaine de la santé que celles du domaine des services sociaux, sont unanimes à dire qu'elles ont un rôle à jouer dans la formation de leurs membres. Elles jugent, en général, que leurs membres sont adéquatement formés en regard des fonctions qu'ils ont à accomplir mais considèrent que le réseau n'utilise pas assez leurs compétences (mis à part les médecins). Les professionnels sont formés pour accomplir un ensemble de tâches et ne peuvent le faire à cause de réglementations ou d'une mauvaise utilisation des ressources professionnelles. Elles notent de plus, qu'on fait très peu appel à leur sens des responsabilités développé pourtant au cours de leur formation. Les corporations disent que cette sous-utilisation des compétences professionnelles de leurs membres crée beaucoup d'insatisfaction et de frustration. Pour leur part, certains groupes, même s'ils jugent leur formation initiale adéquate, réclament des programmes de formation spécialisée ou de perfectionnement pour leurs membres. Ainsi les chiropraticiens aimeraient que les universités leur offrent des possibilités de se perfectionner. De même, les hygiénistes dentaires disent qu'elles n'ont aucun moyen d'accroître leurs connaissances après leur formation collégiale.

Certaines corporations ont tenu un discours quelque peu différent. Ainsi la Corporation des infirmières auxiliaires croit qu'on assiste actuellement à un processus de déqualification de ses membres, et ce, de diverses façons. Dans les écoles secondaires ce sont des infirmières qui enseignent aux infirmières auxiliaires. Or, elles calquent leur enseignement sur la pratique et ne tiennent donc compte que des actes réellement exécutés dans les établissements. En

conséquence, les auxiliaires reçoivent une formation limitée à quelques actes. Ainsi, les infirmières-chefs sont-elles justifiées de dire que l'auxiliaire a une formation restreinte quand elle accède au marché du travail. Dans certains collèges on offre bien des programmes de recyclage aux auxiliaires mais pour qu'elles deviennent infirmières et non pas pour qu'elles se spécialisent en tant qu'auxiliaires.

Une autre façon de discréditer les auxiliaires, affirment-elles, a été de les former loin de leur lieu de pratique. Avant, elles connaissaient la culture du milieu et les besoins des malades. Le passage des études à la pratique se faisait sans heurt et le malade était bien servi. Aujourd'hui, la formation est donnée dans des polyvalentes et les commissions scolaires ne s'entendent pas entre elles pour uniformiser la formation. Les auxiliaires, d'une région à l'autre, ne sont donc pas habilitées à exercer les mêmes fonctions. Le ministère de l'Éducation consulte les infirmières enseignantes pour bâtir les cours alors que le comité de formation de la Corporation des infirmières auxiliaires n'a qu'un pouvoir de recommandation. Dans ces conditions, il est difficile, pour ainsi dire presque impossible, pour la Corporation, de veiller à la compétence de ses membres. Les auxiliaires se disent donc insatisfaites de leur formation initiale et se plaignent de ne pouvoir recevoir de formation continue adaptée à la fonction d'infirmière auxiliaire.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec souhaite qu'en l'an 2000 tous ses membres bénéficient d'une formation universitaire. L'Ordre dit que ses membres sont bien formés pour donner les soins aux malades dans le contexte actuel. Par contre, il juge pertinent que cette formation soit plus poussée afin que ses membres puissent répondre aux nouvelles exigences qu'impliquent le développement technologique et les nouvelles responsabilités qui leur sont imparties dans les domaines de la prévention et de la réadaptation.

Enfin, la Corporation des médecins pense que la sélection des candidats en médecine ne devrait pas se faire à partir uniquement des résultats scolaires mais aussi en tenant compte des qualités personnelles de l'étudiant (empathie, bonté, humanisme...). Par ailleurs, cette Corporation s'est penché sur les problèmes que connaît l'enseignement en CH affilié. Il en discerne les causes dans le fait que les universités auxquelles les centres sont affiliés manquent de leadership et ne les financent pas, dans la difficulté pour le médecin d'établir un équilibre entre ses tâches d'enseignement et ses tâches de praticien et dans la difficulté de recruter des professeurs « plein-temps géographique ».

Quelques corporations ont abordé la question du lien qui unit les corporations et les maisons d'enseignement. Les médecins disent avoir des « échanges permanents » avec les facultés de médecine. Des représentants de leur Corporation siègent au sein des comités universitaires et les universités ont des représentants au sein de leur Corporation. Ils entretiennent des relations avec les étudiants de tous les niveaux et aussi avec les organismes de recherche. Par contre, les dentistes parlent du manque de coordination entre les facultés dentaires et l'Ordre en ce qui a trait aux nouvelles orientations de la formation donnée aux dentistes et au développement de la recherche. De plus, les dentistes estiment que l'abolition de la résidence en soins dentaires a des conséquences graves sur leur formation et sur la distribution des soins aux personnes hospitalisées. D'autres corporations

ont aussi parlé des difficultés qu'elles connaissaient dans leurs rapports avec l'université en raison de priorités différentes.

Plusieurs corporations estiment que les professionnels de l'enseignement connaissent mal le réseau et que cela se réflète dans les programmes des écoles. L'absence de communication entre les maisons d'enseignement et les milieux de travail résulte en la formation d'un tel type de technicien alors que les établissements en désirent un autre. Certaines corporations disent avoir voulu intervenir pour ajuster la formation à la réalité du réseau mais en avoir été empêchées parce que les programmes sont élaborés en fonction des professeurs qui dispensent les cours.

L'inadéquation entre les besoins du réseau et les politiques des maisons d'enseignement s'exprime surtout dans les contingentements imposés par les universités qui constituent un obstacle au développement de certaines professions. Ainsi, d'après plusieurs, le contingentement nuit à l'accessibilité des services parce que dans certaines spécialités, les professionnels ne sont pas assez nombreux pour desservir toute la population.

3.5 La répartition géographique des professionnels

Plusieurs corporations ont évoqué la pénurie de professionnels dans la spécialité qu'ils représentent, pénurie toujours plus forte en région. Les ergothérapeutes disent être dans une situation de « pénurie grave », causée par l'application des nouvelles politiques de réinsertion sociale et de maintien à domicile. Les audiologistes et orthophonistes se retrouvent dans la même situation. Dans certaines régions, ils sont même totalement absents. Dans les régions où ils sont représentés, leur nombre est insuffisant, à tel point qu'ils doivent, la plupart du temps, se limiter à n'offrir que des services de type curatif et encore dans certains types d'établissement seulement. La pénurie d'audiologistes et d'orthophonistes oblige même certaines clientèles à émigrer vers les grands centres ou à vivre avec leur handicap.

Les infirmières entrevoient une rareté de main-d'œuvre qualifiée en soins infirmiers, d'ici quelques années. Cela est attribuable aux conditions d'exercice difficiles qui amènent plusieurs d'entre elles à s'orienter vers une autre carrière. De plus le taux de chômage des jeunes diplômées les incitent aussi à s'orienter différemment. D'après leurs statistiques de 1984-1985, 46 % des infirmières travaillaient à temps partiel. Le chômage des jeunes infirmières et la pénurie des plus expérimentées sont particulièrement observables dans les régions périphériques.

Les médecins se disent préoccupés depuis longtemps par la question des effectifs médicaux en région. D'après eux, il sera difficile de trouver des solutions à la répartition inégale des médecins sur le territoire tant que certains problèmes ne seront pas réglés. Ceux-ci proviennent de l'interprétation des données de base qui diffère selon les divers intervenants dans ce dossier, de l'absence de consensus sur l'objectif à atteindre et de l'absence d'un contingentement par spécialité à l'intérieur du contingentement global.

D'autres, par contre, considèrent équitable la répartition de leurs membres à travers la Province. Il s'agit, entres autres, des audioprothésistes, opticiens, hygiénistes et optométristes.

Pour leur part, les dentistes parlent plus facilement de surplus que d'équilibre. L'offre dépasserait la demande dans le domaine dentaire et plusieurs dentistes ne travailleraient pas à temps plein. D'après eux, ce surplus serait dû à l'arrivée de deux nouvelles professions dans un domaine où il n'y avait pas de besoins. De plus, les programmes de soins subventionnés ont subi des transformations ce qui a fait baisser considérablement la demande de services.

3.6 L'organisation du travail et les conditions de pratique dans le réseau

La Corporation des médecins croit qu'il est nécessaire que, dans la pratique quotidienne, les médecins soient responsables des soins à donner à un bénéficiaire. Cette responsabilité devrait s'étendre aussi, selon elle, aux actes posés par d'autres professionnels qui interviennent auprès de ce même bénéficiaire. La Corporation se dit consciente que la multiplicité des interventions concourt à la déshumanisation de la médecine et enlève tout son sens à la notion de « médecin traitant ». Pour elle, le mode de rémunération à l'acte ne semble pas, non plus, favoriser la qualité des relations interpersonnelles. De plus, l'augmentation des poursuites et la hausse des assurances-responsabilités peuvent entraîner les médecins à pratiquer une médecine plus « défensive », ce qui signifie plus d'intervenants et plus d'analyses ou l'abandon des champs de pratique à risques plus élevés.

Cette Corporation constate aussi que les structures du réseau sont très complexes, autant pour les médecins que pour les bénéficiaires. Les niveaux d'intervention sont nombreux et sont répartis dans diverses structures du système ; souvent, le professionnel ne sait vers quel service diriger son patient. L'imprécision de la mission de chaque établissement de même que l'absence de contrats de services empêchent le réseau d'offrir des services complémentaires. Ainsi, certains établissements se donnent des missions sans tenir compte des réalités environnantes. Les soins de longue durée et les soins aux alcooliques et toxicomanes sont particulièrement négligés dans le réseau. L'engorgement des cliniques d'urgence crée des conditions de travail très difficiles pour le personnel.

Enfin, la Corporation des médecins croit que les nombreuses lois et réglementations qui existent dans le secteur de la santé et des services sociaux sont nuisibles à la qualité des services professionnels. Par exemple, le règlement concernant l'organisation et l'administration des établissements a donné plus de pouvoir au conseil d'administration des établissements, le rôle du médecin dans celui-ci s'en est trouvé diminué d'autant. De même, l'absence de rémunération pour les tâches administratives engendre de la frustration et de la « démotivation » chez quelques-uns.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pense que la lourdeur des tâches confiées à ses membres empêche celles-ci de remplir pleinement leur rôle d'infirmière. Lorsque l'on définit le travail à accomplir par une infirmière, on tient compte uniquement du nombre d'actes à poser sans souci d'individualisation des soins. Les coupures de postes ont encore aggravé la situation. Il en a résulté une « démotivation » chez les infirmières les plus qualifiées. Parallèlement, on a vu se développer le temps partiel et les équipes volantes ce qui a encore accentué la discontinuité des soins et la dilution des responsabilités. Selon la Corporation, si ce développement a permis de diminuer les coûts, il a eu des effets, ceux-là néfastes, sur la qualité des soins.

La Corporation déplore que ses membres soient absents des instances décisionnelles, si ce n'est du Conseil consultatif du personnel clinique dont on

tente de diminuer l'importance. Les infirmières affirment que les différents professionnels du réseau n'entretiennent pas de rapport entre eux. La complémentarité des ressources et des services demeure une utopie. Dans la réalité, selon elle, règne plutôt la compétition. Elle considère, de plus, que les compétences des infirmières ne sont nullement reconnues dans le système, ce qui a amené plusieurs d'entre elles à se désintéresser de la profession et à aller chercher des certificats dans d'autres disciplines. Les infirmières disent bien connaître les besoins des différentes clientèles, mais déplorent le fait de ne pouvoir faire valoir ces connaissances auprès d'aucune instance.

Les infirmières prônent une approche bio-psychosociale de la santé, en somme une approche globale de l'individu. Or, les conditions actuelles de la pratique infirmière rendent difficile l'usage de cette approche qui vise le mieux-être de l'individu. Enfin, les infirmières signalent un certain nombre de carences du système dont le manque de support pour le maintien à domicile, l'inadéquation entre les ressources et les besoins issus de la désinstitutionnalisation de même que l'absence de ressources alternatives.

Quant aux infirmières auxiliaires, elles se disent insatisfaites de leur pratique professionnelle. La cause en est la politique de délégation des actes. Celles-ci pensent que les infirmières ont le monopole des soins infirmiers et que l'étanchéité des tâches qu'elles veulent créer entraîne des conflits interprofessionnels.

Parmi les actes délégués, trois à dix seulement sont effectivement autorisés dans les établissements ; de plus, les actes délégués varient d'un endroit à l'autre. Le développement technologique fait aussi que certains actes délégués n'existent plus. De même, la fermeture de départements ou leur regroupement, contribuent à la disparition de certains actes ou même de postes d'auxiliaire. Par exemple, les auxiliaires étaient très présentes dans les pouponnières avant qu'on ait transformé celles-ci.

De plus, comme les règlements de délégation ne sont pas appliqués et interprétés partout de la même façon, il en résulte une diversité de situations. Les règlements s'ajustent aux circonstances de sorte qu'on confie aux auxiliaires, la nuit et les fins de semaine, des actes qu'elles n'effectuent pas le jour. Il en est de même dans les centres d'accueil et aussi dans les régions éloignées où les auxiliaires semblent accomplir plus d'actes que dans les grands centres.

Les auxiliaires se sentent entraînées dans un processus de déqualification et soumises à l'inspection professionnelle des infirmières. Elles se disent prêtes à s'adapter à de nouveaux besoins (le maintien à domicile par exemple) mais refusent de travailler sous la tutelle des infirmières comme c'est le cas actuellement dans le réseau.

Plusieurs corporations de la santé souhaitent qu'on démédicalise les soins ; les pratiques professionnelles évoluant constamment, le médecin ne peut être au courant de tout. Le fait qu'un professionnel ne puisse évaluer l'état d'un patient sans avoir eu l'avis du médecin nuit à l'accessibilité et à l'efficacité des soins. Certains professionnels se disent suffisamment formés pour poser eux-mêmes leur diagnostic. Ce point de vue est partagé, entre autres, par les physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, audiologistes, audioprothésistes et technologistes médicaux. Pour ceux-ci, cela signifie une

sous-évaluation de leur compétence et une non-reconnaissance de leur responsabilité dans la qualité des soins qu'ils dispensent.

Certains besoins demeurent insatisfaits, particulièrement en région, par manque de coordination des mandats des établissements et des services qu'ils dispensent. Ainsi, les besoins de la population en réadaptation physique et fonctionnelle ne sont pas connus, ce qui entraîne une sous-évaluation des services à offrir. Plusieurs catégories de professionnels ne sont présents que dans certains établissements et n'y sont qu'à des fins curatives.

La majorité de ces corporations déplore l'absence d'instances représentatives dans le réseau. Selon elles, il n'existe que le Conseil consultatif du personnel clinique et encore, il est absent ou inefficace dans bien des établissements. Enfin, l'abolition de certains postes de chef de service nuit à l'encadrement professionnel et à la qualité des soins.

Les dentistes pensent que leur pratique professionnelle a été bouleversée par l'arrivée de deux nouveaux intervenants. Avant, les dentistes avaient la responsabilité entière de ce champ; l'arrivée d'autres figurants a créé certains conflits en plus d'engendrer un surplus de main-d'œuvre qualifiée, croient-ils. D'une part, les denturologistes se sont accaparés, en exclusivité, un domaine qui appartenait au dentiste (la prothèse complète). D'autre part, la venue des hygiénistes dentaires a accru le rendement du dentiste. Or, cela crée des remous dans la profession dentaire parce que certains voudraient leur confier plus de responsabilités alors que d'autres aimeraient les voir disparaître.

Pour les dentistes, l'accessibilité aux soins dentaires est grandement dépendante des programmes gouvernementaux. Certaines clientèles sont ainsi privées de soins (handicapés, personnes âgées) par manque de ressources. Les politiques, quand elles ne sont pas absentes, sont incohérentes dans le domaine dentaire. Le public n'est pas sensibilisé à l'importance de la santé dentaire. De plus, les membres de la profession dentaire n'arrivent pas à s'implanter et à influencer les différents paliers de décision, contrairement à d'autres professionnels. Le manque de coordination entre les secteurs public et privé dans le domaine dentaire nuit à la qualité et à l'accessibilité des soins.

Comme les dentistes, les hygiénistes pensent que l'absence de politique dentaire engendre une série de problèmes qui diminuent l'accessibilité et accroissent les coûts. Leur non-reconnaissance entraîne les mêmes effets; pour cela, elles blâment le gouvernement qui les forme et qui ne les utilise pas dans son réseau.

Les optométristes soulignent le manque de collaboration entre les professionnels ainsi que le pouvoir exercé par certains acteurs qui tendent à constituer toutes sortes de groupements dans le champ de l'optique. Ils mentionnent, entre autres, l'augmentation rapide du nombre des opticiens d'ordonnance dans un secteur qui leur était, autrefois, exclusif. Pour eux, le fait de dispenser des services professionnels (dépistage, examen) tout en vendant des lunettes n'entraîne pas de conflit d'intérêts, pas plus que des situations équivalentes n'en créent dans d'autres secteurs de la santé. Les mécanismes de contrôle professionnel et l'éthique sont là, justement, pour veiller aux abus et à la protection du public.

Les opticiens d'ordonnance, quant à eux, sont d'avis contraire et voient dans ce conflit d'intérêts la source de tous les problèmes que connaît le monde de l'optique. Le refus des optométristes de remettre l'ordonnance au client nuit aux relations harmonieuses entre les deux groupes. Les opticiens, pour exercer leur profession, doivent se concentrer davantage dans les grands centres où il est plus facile d'obtenir l'ordonnance que dans les petites villes où l'optométriste exerce un plus grand contrôle.

Les corporations du domaine des services sociaux, comme celles du domaine de la santé, déplorent les conditions de pratique qui existent actuellement dans le réseau. L'ajout constant de nouveaux programmes de « protection sociale », sans accroissement des effectifs et des budgets a alourdi leur tâche. Ces programmes ont aussi entraîné l'exclusion de certaines clientèles jugées non prioritaires (la famille, les personnes âgées, les alcooliques, les suicidaires, les psychiatrisés...). Cette « priorisation » des services fait qu'on ne répond pas adéquatement aux besoins de la population.

Selon ces corporations, l'attribution de mandats spécifiques à chaque établissement a contribué à parcelliser le travail ; le rôle de chaque acteur y est mal défini et la qualité du travail en souffre. L'ambiguïté des mandats crée des difficultés de fonctionnement entre les établissements qui adoptent, chacun, des attitudes défensives. Selon eux, la prépondérance de la prévention sur la réadaptation a engendré des situations qui ne satisfont ni le client, ni le thérapeute.

Ces corporations ont aussi traité de la médicalisation des problèmes sociaux. D'après elles, il n'appartient pas au médecin de juger de la pertinence ou de la durée d'un traitement psychosocial ou encore de soigner un individu dont le problème est psychosocial. Cela a aussi pour effet de minimiser l'évaluation des besoins dans ce domaine.

Enfin, le gouvernement a laissé proliférer, dans le domaine social, différents types d'emplois donnant naissance à de nouvelles catégories d'intervenants qui ne sont membres d'aucune corporation professionnelle. Cela a pour conséquences, aux dires des corporations, que certains groupes professionnels ne trouvent plus leur place dans le réseau qui, de ce fait, se prive de compétences reconnues depuis longtemps.

IV — Les ressources humaines des services de santé et des services sociaux

4.1 Les gestionnaires des établissements

4.1.1 Présentation

Les représentations des directeurs généraux, des administrateurs et des cadres intermédiaires des établissements de santé et de services sociaux ont été traitées conjointement en raison de leur nombre restreint (11) et aussi d'une certaine communauté de vues. La Commission a rencontré les représentants des gestionnaires à quatre reprises lors de sa tournée de consultation.

4.1.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux

Les gestionnaires ont généralement abordé la question des finalités et des objectifs du système par le biais du fonctionnement du réseau.

Certains préciseront qu'il faut maintenir « globalement » les principes d'universalité et d'accessibilité tout en révisant leurs modalités d'application. On fait ici référence à la gratuité des services et à la responsabilisation des consommateurs. D'aucuns affirment que la gratuité des services incite à la consommation. Étant donné les capacités de payer limitées de l'État et les besoins grandissants de services (dûs à des phénomènes comme le vieillissement de la population), il faut revoir l'étendue des services à offrir gratuitement. Il y a des choix à faire et il s'agit de choix de société, dit-on. Ces mêmes gestionnaires ajoutent que l'absence d'une politique de santé et de services sociaux empêche actuellement d'établir ces priorités. Il faudrait en arriver à distinguer les programmes et les secteurs où les services seront totalement gratuits de ceux qui nécessiteront une contribution directe de l'usager. On croit aussi que cette participation financière des bénéficiaires contribuerait à instaurer une plus grande responsabilisation des individus. Il faut par ailleurs reconnaître, selon eux, l'échec partiel du système actuel : l'accessibilité aux services est incomplète et la qualité de ceux-ci fort discutable.

Quelques gestionnaires insisteront sur le fait que le système entretient la dépendance des individus. Plusieurs aspects du fonctionnement du système illustrent ce propos. Ainsi, tout le système est axé sur la maladie et le curatif alors que la prévention a été mise en veilleuse ; le mode de rémunération des médecins favorise la dépendance de la clientèle puisque leurs revenus sont tributaires de la quantité et non de la qualité des consultations ; le financement des établissements, établi en fonction du taux d'occupation des lits, n'incite pas

à prendre des mesures visant à rendre les individus responsables de leur propre santé ; et finalement, la pratique médicale « traditionnelle » est un autre élément qui entretient la dépendance des individus envers le système. Devant les « vices inhérents » au système de santé actuel, ces mêmes gestionnaires favorisent l'émergence des médecines alternatives, dans une perspective de complémentarité avec l'approche médicale traditionnelle.

4.1.3 Les besoins en services de santé et en services sociaux

Des besoins précis relatifs à des clientèles ou à des régions spécifiques sont identifiés par les gestionnaires. De façon générale, toutes les régions du Québec manquent de ressources pouvant offrir des lieux d'hébergement et des soins de longue durée pour les personnes âgées ainsi que de ressources pour assurer le maintien à domicile. Pour les jeunes, il faudrait développer des mesures préventives et mettre sur pied des ressources communautaires. Le champ de la santé mentale nécessite aussi des investissements importants et l'élaboration de nouvelles approches.

Certains gestionnaires se déclarent en faveur de la désinstitutionnalisation des personnes ayant une déficience intellectuelle. Mais pour mettre en branle ce processus d'intégration sociale et opérer la transition du milieu institutionnel au milieu naturel, il faut consentir des moyens financiers de façon à développer des services externes. Il y a 200 000 déficients mentaux au Québec, dont 87 % sont des cas légers, précise-t-on ; ils ont besoin de façon pressante de services externes.

4.1.4 Le fonctionnement et le financement du système

Certains gestionnaires s'interrogent sur le rôle de l'État par rapport à celui des administrations locales des établissements. On fait référence ici plus particulièrement au pouvoir de réglementation du MSSS qui s'est développé et a pris la forme d'un carcan pour les gestionnaires du réseau. Plusieurs parleront de « sur-réglementation » ou de réglementation excessive, de lourdeur bureaucratique, etc.

Cette mainmise toujours plus prononcée du MSSS a eu comme résultat d'entraver le développement d'une plus grande complémentarité entre les établissements du réseau. Il y a souvent concurrence et duplication de services ; les fins et les missions des établissements ne sont pas précises et le tout manque d'articulation ; enfin, le rétrécissement de la marge de manœuvre des dirigeants des établissements a sérieusement miné leur « motivation ». Du point de vue des administrateurs donc, le régime actuel de gestion des ressources humaines, matérielles et financières ne laisse pas assez de place à la responsabilité et à l'initiative des gestionnaires locaux qui doivent se contenter d'appliquer des normes uniformisées dans le cadre d'un processus centralisé. *La Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux* (Loi 27) renforce, dit-on, la tendance à l'uniformisation des structures et des modes de fonctionnement. En résumé, les gestionnaires locaux considèrent que le leadership gouvernemental devrait s'exercer sur le « quoi faire » plutôt que sur le « comment » et que l'on devrait laisser aux gestionnaires la responsabilité des moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés par le gouvernement.

Certains sont par ailleurs d'avis que les structures mêmes du Ministère ne favorisent pas la coordination entre les services de santé et les services sociaux. Par exemple, lorsque des programmes chevauchent les deux juridictions comme

c'est le cas pour la santé mentale et les personnes âgées, la coordination devient laborieuse et entraîne des pertes de temps.

Presque tous les intervenants se sont exprimés sur le rôle des CRSSS. On considère que les liens qui unissent entre eux le MSSS, les CRSSS et les établissements ne sont pas ce qu'ils devraient être. Certains croient qu'il est nécessaire que les conseils régionaux aient plus d'autorité relativement à la planification, à la programmation et à l'évaluation des services (conjointement avec les DSC). Les CRSSS devraient avoir l'autorité nécessaire pour faire en sorte que les établissements deviennent réellement complémentaires. Ces gestionnaires affirment, de plus, qu'il faut poursuivre le processus de régionalisation et que les CRSSS devraient jouir d'un pouvoir suffisamment légitime aux yeux de la population pour « procéder aux transformations difficiles qui pourront être nécessaires ». Ainsi, ils constitueraient un véritable palier de gestion à respecter.

Par ailleurs, le fonctionnement des conseils d'administration des établissements a retenu l'attention de plusieurs. On s'interroge sur leur composition, leur efficacité et la compétence de leurs membres, la participation de la population, etc. Certains s'opposent à la prépondérance actuelle, au sein des conseils, des producteurs de services et des administrateurs au détriment des consommateurs. Ils croient plutôt que les conseils d'administration devraient être formés « d'éléments compétents » en provenance de la collectivité desservie par chaque établissement. Ces gestionnaires estiment en effet que l'expérience et la formation de certains membres des conseils sont fort discutables. D'autres ajoutent que les pouvoirs des conseils sont trop restreints et qu'à toutes fins pratiques, ils ne font que gérer les directives du MSSS et des CRSSS.

La question des coûts du système préoccupe également les gestionnaires. Le vieillissement de la population génère une demande accrue de services, mais d'autres facteurs contribuent à la hausse des coûts. Dans certaines régions périphériques, par exemple, la conjoncture socio-économique défavorable des dernières années (chômage, etc.) a amené une recrudescence des problèmes sociaux et des problèmes de santé.

Par ailleurs, les gestionnaires sont d'avis que le système de santé québécois encourage la surconsommation. Les consommateurs ne sont pas ici les seuls visés. Au contraire, il est temps, dit-on, de s'attaquer au « contrôle de la production » elle-même. Ainsi, les médecins génèrent des coûts considérables en prescrivant des examens plus nombreux que nécessaires ; ils sont eux-mêmes devenus « sur-consommateurs » de tests diagnostics. Au lieu de se limiter à compiler des coûts, les gestionnaires devront dorénavant penser à des modalités de contrôle de façon à pouvoir juger de la pertinence de telle analyse, tel examen et même de telle hospitalisation.

4.1.5 Les ressources humaines du système de santé et de services sociaux

Les gestionnaires ont plus longuement traité de questions relatives aux conditions et relations du travail, au perfectionnement et à la mobilité des cadres, à la répartition des effectifs médicaux. Cette préoccupation découle du fait que les ressources humaines constituent, rappellent-ils, la composante la plus importante des ressources qu'ils ont à gérer.

Certains exposent leur vision de l'état actuel des rapports existants entre les différentes composantes des ressources humaines du « réseau » : la profession médicale entend dominer les autres professions, ces dernières engagent entre elles une bataille serrée pour protéger leurs champs d'activité alors que les employés de soutien voient leurs tâches cloisonnées de façon excessive. Tout cela mine la productivité des ressources humaines et donc entraîne des coûts. Les relations du travail sont, à leurs yeux, très détériorées et le manque de « motivation » qu'ils perçoivent s'explique par les coupures budgétaires, le grand nombre d'employés à temps partiel, l'absence de mécanismes de consultation, etc. De plus, le réseau n'a pas investi dans la formation de son personnel.

Le régime actuel de gestion des ressources humaines impose un ensemble de normes uniformisées dans le cadre d'un processus de négociation centralisé. Un des enjeux actuels est donc de redonner aux dirigeants des établissements la gestion totale de leurs ressources humaines, y compris la négociation des conditions de travail. L'État, par contre, en tant qu'employeur, devrait assumer la planification de la main-d'œuvre et s'occuper du placement et de la mobilité de celle-ci. Quant à leurs rapports avec les médecins, les gestionnaires estiment qu'ils sont compliqués puisqu'ils ont à gérer des ressources humaines, matérielles et financières qui relèvent de ce groupe de professionnels alors que la rémunération et le contrôle des médecins leur échappent.

Relativement à la répartition des effectifs médicaux, certains gestionnaires d'une région éloignée considèrent que tout a été essayé pour améliorer le recrutement des médecins dans ces régions, mais que les mesures incitatives n'ont eu d'autres résultats que l'augmentation des coûts des services de santé sans régler les problèmes de pénurie. Ils posent donc la question : les médecins doivent-ils continuer d'être des entrepreneurs libres dans un système fortement étatisé ?

Une enquête effectuée auprès des cadres supérieurs du réseau fournit des données en ce qui concerne le statut et les préoccupations des cadres. Dans les deux tiers des cas, le cadre supérieur est relativement jeune (moins de 45 ans), son revenu moyen annuel est de près de 50 000 $ et il est relativement satisfait de sa situation professionnelle. Dans la majorité des cas, il n'a jamais changé de fonction ni d'employeur, mais près de la moitié y songe, soit pour relever de nouveaux défis, soit pour se perfectionner grâce à de nouvelles expériences. Par ailleurs, un sur deux est d'avis que le réseau n'offre pas de possibilités de changer d'emploi. Selon cette enquête, les priorités actuelles des cadres supérieurs sont de revoir le système de rémunération (en fondant les augmentations salariales sur une évaluation du rendement), de négocier une politique provinciale de perfectionnement et de chercher de nouvelles formes d'organisation du travail.

Plusieurs gestionnaires insistent, dans leurs représentations, sur la nécessité de privilégier la formation et le perfectionnement des cadres comme source d'excellence pour les établissements. Une étude sur le financement du perfectionnement en cours d'emploi fait ressortir les disparités importantes qui existent entre les différents secteurs relevant de l'État québécois[1]. Ces porte-

[1] Ainsi, dans la Fonction publique on a affecté à la formation continue 79 $ par employé en 1984-1985 alors que pour l'Éducation ce montant était de 114 $ et pour les Affaires sociales de 29 $. Pour le personnel cadre, les disparités sont aussi grandes : 1 150 $ à Hydro-Québec, 318 $ dans la Fonction publique et 67 $ aux Affaires sociales.

parole concluent que malgré la période actuelle de restrictions budgétaires, les spécialistes s'accordent à penser que la formation et le perfectionnement demeurent des instruments privilégiés pour la gestion optimale des ressources humaines.

La mobilité est aussi perçue comme un outil de gestion des ressources humaines et un stimulant au développement et des individus et des établissements. Pour les cadres, la conjoncture actuelle se caractérise par la rationalisation des opérations et la consolidation du réseau. Après une période de croissance accélérée, on leur demande maintenant de faire davantage avec moins de moyens. Par contre, les nouveaux défis sont rares lorsque la croissance est freinée ou nulle et la mobilité très limitée. Les cadres ont développé une expertise, mais chacun, compte tenu de la rareté des postes disponibles, se retrouve confiné à son activité, à son établissement, dans des fonctions qui risquent de devenir routinières, ayant peu d'occasions d'accumuler des expériences diversifiées et enrichissantes.

La mobilité apparaît donc comme un objectif pour toute organisation; elle aurait pour effet d'inciter les établissements à faire le point sur leur mission, leur organisation, leur évolution et leur gestion du personnel. La mobilité devrait aussi permettre de former des cadres plus polyvalents. Elle procure aux cadres l'occasion de renouveler leurs connaissances et l'assurance de ne pas être pris au piège dans un poste « cul-de-sac » où son expertise devient tôt ou tard dépassée. La mobilité doit donc être envisagée comme « un élément déclencheur de vivification pour le réseau ».

4.2 Les médecins

4.2.1 Présentation

Les porte-parole de la profession médicale ont soumis près d'une quarantaine de représentations écrites à la CESSSS et ont été entendus à une trentaine de reprises lors de la consultation publique.

Les représentations du personnel médical proviennent des fédérations de médecins omnipraticiens et spécialistes, des associations régionales d'omnipraticiens, de quelques associations de médecins spécialistes, de résidents et internes, de diverses autres associations professionnelles médicales ainsi que des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

4.2.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux

L'immense majorité des médecins entendus ne remet pas en cause les grands principes qui sous-tendent le système québécois de services de santé, soit l'universalité et l'accessibilité.

Par ailleurs, d'aucuns disent qu'il faut réaffirmer les principes d'universalité et d'accessibilité en regard des services assurés qui, pour leur part, devraient être bien identifiés et dispensés de façon uniforme sur l'ensemble du territoire. En d'autres termes, plusieurs porte-parole considèrent que l'accessibilité n'est pas complète et réelle et ce, particulièrement dans les régions éloignées.

Les porte-parole des médecins s'opposent, dans leur très grande majorité, à un retour total au libre marché en ce qui concerne les services médicaux. Mais ils pensent que l'étendue et la nature des services assurés, et donc entièrement défrayés par le régime public, doivent être précisées et largement débattues publiquement. Par contre, certains croient que le système actuel pourrait être assoupli ou encore qu'il y a de la place pour une médecine privée parallèle.

D'autres diront que parmi les services de santé et les services sociaux assumés par l'État, la priorité absolue doit être accordée aux services médicaux. Enfin, quelques-uns jugent que le rôle de l'État est d'apporter le support nécessaire aux initiatives privées tout en laissant jouer dans le secteur de la santé, comme dans les autres secteurs d'activité, les lois du marché et de la compétition.

La plupart des représentants de la profession médicale considèrent que l'autonomie professionnelle est une valeur fondamentale qu'il faut absolument préserver et défendre. On soulignera qu'il appartient aux seuls membres du corps médical de décider du caractère approprié d'un acte médical, de sa qualité, de sa fréquence et de sa nécessité. Par ailleurs, et en corollaire, le libre choix du bénéficiaire, quant au professionnel de la santé qui lui dispensera des soins, doit demeurer le fondement même du système.

Enfin, d'aucuns estiment que le système actuel « déresponsabilise » les individus, qu'il n'assure pas de continuité dans la distribution des soins et qu'il n'a pas réussi à mettre la prévention au centre de ses préoccupations. Responsabiliser l'individu face à sa santé, assurer la continuité des soins et prévenir la maladie demeurent des objectifs qui sont loin d'être atteints. Plus encore, l'absence de planification à l'intérieur du système condamne les décideurs à appliquer des cataplasmes et à trouver des solutions à courte vue. Certains porte-parole constatent une carence d'analyses prospectives et un désintéressement face à la prévention et à la promotion de la santé. Bref, selon eux, l'organisation des services de santé favorise les tendances inflationnistes, voire exponentielles, des coûts du système actuel.

4.2.3 Les besoins en services de santé et en services sociaux

Plusieurs porte-parole de la profession médicale ont abordé les besoins spécifiques à certaines clientèles et tout particulièrement ceux des personnes âgées. Ainsi, la problématique du maintien à domicile a été largement examinée. On considère que trop peu de ressources humaines, financières et matérielles sont allouées au maintien à domicile.

Par ailleurs, les ressources à mettre en place sont non seulement de type médical mais aussi de type social et économique. On constate de plus que le maintien à domicile de diverses clientèles repose avant tout sur la disponibilité d'une personne proche et capable d'accorder son aide immédiate. Plusieurs porte-parole estiment que les ressources allouées aux soins et au maintien à domicile se caractérisent par une déficience chronique qui ne permet, à l'heure actuelle, d'intervenir qu'auprès d'une fraction de la clientèle potentielle. Dans cette optique, les hôpitaux de jour et les « unités d'investigation gériatriques », en complémentarité avec les soins à domicile, sont envisagés comme une alternative à l'hospitalisation ou au placement des personnes âgées.

D'autres associations de médecins ont signalé la carence d'effectifs en psychiatrie et ce, tout particulièrement dans les régions éloignées. Les besoins identifiés dans le vaste domaine de la santé mentale portent aussi bien sur le développement de ressources intermédiaires et alternatives en support à la désinstitutionnalisation que sur l'augmentation des ressources institutionnelles. L'importance à accorder à ces types de ressources ne fait pas l'unanimité. La définition même de la santé mentale ou de la maladie mentale pose problème et complique, selon certains, l'établissement de priorités. Pour d'autres, la désinstitutionnalisation des personnes souffrant de maladie mentale a entraîné,

faute de ressources adaptées, une détérioration de leur qualité de vie. Devant l'insuffisance de ressources financières et humaines, certains porte-parole préconisent d'encourager l'action des groupes bénévoles auprès de cette clientèle, en autant que l'on puisse mesurer les résultats de leurs interventions. La création de services de première ligne mettant à contribution les CLSC est également préconisée.

Les médecins se sont aussi prononcés sur nombre de particularités et de situations régionales. On peut identifier des problèmes propres aux régions éloignées, aux régions intermédiaires et enfin aux régions frontalières. On a signalé qu'une région frontalière comme l'Outaouais « est dans un état d'insuffisance déplorable en ressources humaines et matérielles » et qu'en même temps le Québec doit payer plusieurs dizaines de millions de dollars pour les services de santé dispensés en Ontario à des résidents de l'Outaouais. Les médecins des régions intermédiaires considèrent aussi que les ressources sont insuffisantes dans leurs établissements de santé, ce qui oblige parfois le transfert des patients vers les grands centres urbains et surtout vers leurs services d'urgence. Il s'en suit un engorgement supplémentaire des salles d'urgence.

Enfin, les médecins ont signalé qu'en région éloignée, il existait des besoins pressants notamment en santé mentale, en néonatalité, en médecine préventive, en réadaptation et en gériatrie. Les médecins s'interrogent, de plus, sur le mode de financement des établissements de santé qui ne permet pas de tenir compte des besoins réels de populations généralement moins bien nanties que celles des régions urbaines et dont les besoins sont plus importants que dans les grands centres.

4.2.4 Le fonctionnement du système de santé

Selon certains porte-parole des médecins, depuis la réforme du début des années soixante-dix, la politique québécoise en matière de santé se caractérise par une absence de planification, par l'improvisation et l'éclectisme. Leur bilan est négatif : une qualité de soins et de services insatisfaisante, des équipements inadéquats et du personnel « démotivé ». Plus encore, dans le contexte de rareté des ressources des dernières années, on déplore le choix qui a été fait de freiner uniformément et sans discrimination toute croissance et tout développement dans le domaine de la santé, de « répartir la pénurie » sans distinction, sans clairement établir de priorités ni définir d'orientations.

D'autres porte-parole parlent plutôt de mauvaise coordination à l'intérieur du système de services de santé. D'autres encore feront référence à une carence d'information, tant chez les bénéficiaires que chez les gestionnaires et les professionnels de la santé, quant à la nature et à l'accessibilité des ressources offertes. Ce manque d'information aurait comme conséquence une complémentarité réduite des services et la duplication de certaines ressources.

Plusieurs associations ont mis l'accent sur la complexité de la structure du système pour en expliquer soit la sclérose, soit les dysfonctions. Ainsi, certains croient qu'un des problèmes majeurs du système de services de santé réside dans la lourdeur et la multiplicité des structures d'encadrement, de planification et de coordination. D'autres encore parleront de l'hypertrophie de l'appareil technocratique qui draîne des ressources importantes et prive ainsi la population de services de santé. Dans cette perspective, les CRSSS sont particulièrement visés. On évalue, par exemple, que les conseils régionaux sont devenus l'archétype

de la bureaucratie, d'autant plus qu'ils ne fournissent pas de services médicaux à la population, et qu'ils n'ont pas même d'autonomie budgétaire. Les conseils régionaux sont devenus les exécutants de politiques ministérielles qui auraient pu être mises en œuvre par les fonctionnaires du MSSS. En définitive, les budgets consacrés à ces structures d'encadrement seraient mieux utilisés s'ils étaient investis dans l'amélioration des services directs à la population. Enfin, d'autres intervenants parleront du « cloisonnement horizontal » des structures ainsi que de la multiplicité des types d'établissements et des missions qui entraînent certains chevauchements.

La participation des médecins aux différentes instances décisionnelles du système de services de santé a été abordée à de nombreuses reprises et apparaît comme un enjeu important pour les médecins. On insiste sur le fait que les médecins doivent réintégrer les appareils de prise de décisions à tous les niveaux : dans les établissements, les conseils régionaux, à la RAMQ, à la CSST ainsi, évidemment, qu'au MSSS même où sont élaborés les politiques et programmes de santé. Des porte-parole de conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) diront, par exemple, qu'il n'existe pas de réel pouvoir décisionnel au plan régional, que les conseils régionaux sont très éloignés des besoins de la population et que les CMDP, qui jouent un rôle primordial dans les établissements de santé, devraient agir à titre de consultants auprès des conseils régionaux.

D'autres porte-parole préconisent, pour leur part, la consultation et la concertation avec les autorités gouvernementales : on considère qu'il conviendrait d'établir des mécanismes d'information et de consultation avant de définir des politiques. Certains estiment qu'une des raisons qui expliquent la sclérose du système de santé au Québec est l'exclusion systématique des médecins en pratique courante des processus de rationalisation et de participation aux décisions concernant l'accessibilité, l'implantation de la technologie et le rendement des services.

Dans ce cadre, certains s'interrogent sur leur statut et leur pouvoir dans les établissements où le poids de la réglementation et des contrôles amenuise considérablement leur rôle. La *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux* (la « Loi 27 » adoptée en 1981), ainsi que les règlements sur l'organisation et l'administration des établissements de santé de 1983 ne viennent pas corriger cette situation. Certains estiment en effet que cette législation impose à l'autonomie professionnelle des médecins œuvrant dans les établissements de santé des restrictions sans précédent. On ajoute que loin de favoriser une véritable concertation du pouvoir administratif et du pouvoir médical dans un CH, cette Loi impose plutôt la subordination des médecins à l'autorité hiérarchique du directeur général. Présentée comme une sorte de cogestion, la participation des médecins à l'administration hospitalière n'a eu pour effet que de créer un système de contrôle de la nature et du volume (i.e. des coûts) des services rendus par les médecins, par le truchement de normes d'utilisation. On considère également que cette Loi et sa réglementation ont donné naissance à une série de règlements internes dont l'ampleur et la complexité font qu'aujourd'hui on s'interroge encore sur le sens à donner à des expressions dont le contenu n'a pas été précisé.

Certains porte-parole de CMDP estiment que cette Loi tend à réimpliquer le corps médical dans la gestion de la distribution des soins de santé alors que

d'autres jugent que cette législation n'a que « greffé » les médecins sur un système par ailleurs inchangé. Pour ces derniers, il est impératif de redéfinir leur rôle dans les instances décisionnelles qui conçoivent et élaborent les politiques, compte tenu du fait que les médecins sont les vrais experts de la santé.

Certains porte-parole ont émis diverses opinions concernant la *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux* et sa réglementation. Pour plusieurs, le véritable problème est celui de savoir quelle est l'étendue de l'autorité d'un chef de département clinique sur le personnel paramédical et le personnel de soutien technique ou administratif. Les paramètres de la rémunération adéquate de ces fonctions ne sont pas arrêtés. On dira à ce sujet, que la non-rémunération des actes médico-administratifs n'incite pas les médecins à participer pleinement à l'administration des établissements du réseau. Il faut ajouter ici que les représentants des médecins ne sont pas unanimes à condamner systématiquement cette loi et sa réglementation. Ils sont quelques-uns à reconnaître le bien-fondé de certaines dispositions de cette législation quant aux rôles et fonctions des CMDP et des chefs de département clinique.

Les médecins œuvrant en CLSC, pour leur part, se sentent marginalisés ou mis à l'écart dans ces établissements. Ainsi, ils affirment que dans les CLSC tout se passe comme si n'importe qui était plus compétent qu'un médecin pour déterminer le type de pratique et les conditions d'exercice de la médecine; on ne leur donne qu'un statut de consultant dans les « équipes programmes », on remet en question leur participation au conseil d'administration ainsi que la pertinence d'un CMDP ou d'un poste de chef de médecine générale. Enfin, d'autres ajouteront qu'ils ont besoin de structures professionnelles et médico-administratives propres et qu'il faut leur assurer une place dans les processus de gestion et de planification de ces établissements.

Un des autres aspects du fonctionnement du système qui a le plus retenu l'attention des médecins consiste en ce que l'on peut appeler l'interface entre le réseau public de services de santé et le réseau privé (la pratique en cabinet, cliniques et polycliniques). D'aucuns considèrent que les responsables gouvernementaux traitent le réseau privé comme une quantité négligeable ou marginale. Certains soulignent que les planificateurs ne se penchent pas sérieusement sur les capacités du réseau privé tant en ce qui concerne le curatif que le préventif.

D'autres déplorent l'absence de collaboration entre les deux réseaux. Le développement des services s'est fait, selon eux, uniquement en fonction du système public sans tenir compte du réseau traditionnel de services (i.e. le réseau privé). Chacun des réseaux est ainsi devenu parfaitement étanche, ce qui a du même coup rendu impossible l'organisation et la planification de services complémentaires. La complémentarité entre ces deux réseaux ainsi que la planification apparaissent donc déficientes.

À ce propos, on note que les cliniques privées pourraient faire davantage dans le domaine des soins qui sont actuellement offerts par les CH en clinique externe. Dans certaines régions où il y a des polycliniques d'envergure, celles-ci pourraient s'occuper des urgences mineures, voire même de la courte observation. Mais le système n'a jamais valorisé le développement de véritables points de service au sein des cliniques privées.

Certains parlent d'absence de collaboration entre le privé et le public particulièrement dans le domaine de la distribution des soins de première ligne. On considère qu'il serait souhaitable de mettre en place un réseau de garde intégré qui combinerait à la fois les ressources privées et publiques, afin d'offrir des services accessibles 24 heures par jour à tout citoyen d'une région donnée. On pense ici à la complémentarité possible entre les CLSC et les cabinets privés. À cet égard, d'autres hypothèses sont avancées. Par exemple, on pourrait organiser, selon un modèle intégré, la prévention de première ligne, c'est-à-dire le dépistage des maladies infantiles, la vaccination des enfants, le dépistage des maladies transmises sexuellement et le maintien à domicile.

Dans cette foulée, la mission des CLSC est aussi remise en question. Ainsi, selon certains porte-parole des médecins il n'est pas justifié de mettre sur pied de nouveaux services d'urgence médicale dans les CLSC en milieu urbain. Dans l'état actuel des ressources disponibles, la vocation des CLSC doit continuer d'être essentiellement la fourniture de services de santé préventifs, de maintien à domicile et de services sociaux. Dans cette perspective, les omnipraticiens en pratique privée souhaiteraient être associés à ces programmes puisqu'ils s'adressent à la même clientèle que les CLSC.

Enfin, pour d'autres, la concertation entre le secteur privé et les CLSC est essentielle mais ne pourra se réaliser qu'aux conditions suivantes: la reconnaissance mutuelle des apports positifs de chacun au système de santé; la complémentarité des services respectifs; la rémunération adéquate des omnipraticiens du secteur privé lorsqu'ils participent à des activités du CLSC; l'établissement d'un climat de collaboration et de collégialité entre les médecins du CLSC et ceux du secteur privé.

Quant à la planification des programmes de santé, certains porte-parole ont le sentiment que le réseau privé est ignoré et que les médecins traitants sont tenus à l'écart de ce processus par les organismes publics régionaux. Selon eux, cette situation rend un grand nombre de projets stériles. Plus encore, d'aucuns considèrent que l'exclusion des cliniques et polycliniques de la planification des services de santé a uniquement profité aux CLSC et que le réseau des CLSC draîne des fonds publics qui, dans certaines régions, seraient mieux utilisés dans les centres hospitaliers ou devraient être investis dans des cliniques ou des polycliniques.

Enfin, d'autres porte-parole insistent sur la nécessité pour les partenaires, soit les établissements du réseau public, le conseil régional ainsi que le réseau privé, de se consulter afin de réaliser une planification valable. Un échange plus formel et fréquent entre les médecins des différentes localités et les gestionnaires des services de santé apparaît, selon eux, fondamental. Cela pourrait permettre de faire disparaître certains irritants et d'augmenter la crédibilité de ces gestionnaires auprès des médecins.

Par ailleurs et dans une toute autre perspective, la question des médecines alternatives a été abordée par quelques porte-parole. Ainsi, certains d'entre eux croient que ces nouvelles pratiques représentent un complément valable à la médecine dite « traditionnelle » et qu'elles devraient être considérées comme partie intégrante de la médecine. Il est temps, au dire de ces médecins, de cesser de nier la valeur de ces thérapies en invoquant leur manque de fondements

scientifiques tout en leur refusant l'accès aux subventions de recherche. La popularité de ces nouvelles thérapies est, selon eux, un indice clair qu'il existe un malaise vis-à-vis des services de santé traditionnels. Certains diront que ce qui est valable dans ces pratiques va demeurer et être reconnu. Même si la plupart des médecins rencontrés ne se sont pas étendus sur cette question, il ressort que, dans l'ensemble, le corps médical se montre circonspect à l'égard des médecines douces ou alternatives. Les principales craintes relatives à ces pratiques résident dans la difficulté d'en contrôler l'exercice ainsi que la compétence et la formation des thérapeutes qui les exercent.

4.2.5. Le financement du système de services de santé et de services sociaux

Les porte-parole des médecins, dans leur très grande majorité, ne remettent pas en question le régime public d'assurance-maladie du Québec non plus que le rôle de la Régie (RAMQ) qui a pour tâche de l'administrer. Mais, d'aucuns s'inquiètent du fait que seuls quelques rares experts comprennent le fonctionnement de cet organisme.

Dans une toute autre perspective, certains s'interrogent sur la façon de faire participer le domaine de la santé au mouvement de privatisation qui marque plusieurs autres secteurs d'activité. On se demande, par exemple, s'il faut subventionner le réseau privé de services de santé pour certains soins spécifiques, si l'aménagement de polycliniques ou l'acquisition d'équipements ne devraient pas bénéficier d'avantages fiscaux, si les assurances privées ne devraient pas couvrir certains services offerts en cabinet privé ou encore si on ne devrait pas penser à élaborer des contrats de services entre les établissements de santé ou un CRSSS et les polycliniques d'une région.

Quelques représentants des médecins se sont opposés clairement à l'idée d'un ticket modérateur la trouvant injustifiée, basée sur de fausses prémisses et inefficace à long terme. On doute, en effet, de l'influence de ce type de mesures comme moyen de freiner l'augmentation des coûts.

Pour d'autres porte-parole, le financement du système doit être envisagé sous l'angle d'un nouveau partage, entre établissements des réseaux public et privé, des ressources financières publiques. Ainsi, on préconise de s'en remettre aux cliniques privées là où elles peuvent faire mieux que le réseau public tant au plan de l'accessibilité aux soins qu'à celui des coûts.

Enfin, quelques représentants des médecins envisagent la privatisation de certains types de services et tout particulièrement l'hébergement des personnes âgées. Dans cette perspective, les coûts relatifs à l'hébergement d'une personne âgée pourraient être absorbés par celle-ci lorsqu'elle en a les moyens ou par ses enfants et, en dernier recours, par l'État lorsque la situation l'exige.

4.2.6 Les ressources humaines du système de santé et des services sociaux

Les représentants du corps médical ont essentiellement abordé les questions relatives aux effectifs médicaux et à leurs conditions de travail, y compris la rémunération.

Les porte-parole des médecins œuvrant en région éloignée déplorent qu'il y ait pénurie d'omnipraticiens et, de façon encore plus criante, de spécialistes. Certains diront même que les populations de ces régions seraient en meilleure santé s'il y avait plus de médecins et une accessibilité plus grande aux services de santé. Ils ajoutent que les besoins de ces populations sont plus grands et que

les distances constituent un obstacle réel à l'accessibilité aux services de santé. En bref, l'accessibilité aux services de santé ainsi que la pénurie de médecins sont les deux principales questions qui préoccupent les médecins pratiquant en région éloignée. D'aucuns estiment que cette pénurie perdure depuis vingt ans malgré l'accroissement significatif, en nombre absolu, des effectifs médicaux. On explique ce paradoxe par de nombreux facteurs dont l'accroissement de la demande de soins, le vieillissement de la population, l'apparition de nouveaux besoins et le développement de la technologie.

D'autres associations estiment que la pénurie de médecins s'explique par l'absence d'une planification sérieuse de la main-d'œuvre médicale au Québec. La planification actuelle se caractérise, selon elles, par une approche à courte vue, par un manque de transparence, par l'ambiguïté et par l'absence d'implication réelle des intervenants les plus concernés, c'est-à-dire les médecins eux-mêmes.

Par ailleurs, une autre hypothèse est avancée : la pénurie de médecins en région éloignée serait intrinsèquement liée au contingentement des admissions dans les facultés de médecine. Mais tout le monde ne partage pas ce point de vue. D'autres, par exemple, se disent en faveur d'une révision à la baisse du nombre d'étudiants admis en faculté. D'autres encore s'opposent à ce qu'on impose un ratio « omnipraticiens/ spécialistes de 60/40. ». Pour ces derniers, il n'existe pas actuellement de surplus de médecins spécialistes.

Outre la question de l'importance numérique des effectifs médicaux, se pose celle de leur répartition inégale sur le territoire, compte tenu des besoins de la population. Sur ce point, c'est à l'unanimité que les médecins s'opposent à toute forme de mesure coercitive qui les obligerait à aller pratiquer contre leur gré en région éloignée ou intermédiaire. Par contre, les mesures incitatives (primes d'installation, congés de ressourcement, etc..) mises en place depuis quelques années bénéficient d'un appui massif de leur part. Plusieurs d'entre eux souhaitent tout de même qu'elles soient bonifiées. Toutefois, la rémunération différentielle des actes médicaux exécutés dans les grands centres et dans les régions périphériques est décriée par certains porte-parole. Enfin, d'autres insistent sur le respect intégral du libre choix du lieu de pratique et des conditions d'exercice pour les médecins.

Les conditions de travail constituent un autre thème qui a largement retenu l'attention des médecins. On souligne, par exemple, que la pratique de la médecine dans les régions éloignées et intermédiaires est d'abord une pratique en centre hospitalier et que celle-ci exige de leur part un plus grand nombre d'heures de travail, que la rémunération y est beaucoup moindre qu'en cabinet privé, que le médecin doit être plus disponible et polyvalent, qu'il a plus de responsabilités et, enfin, qu'il doit assumer de nombreuses tâches médico-administratives. De plus, la présence d'équipements médicaux adéquats dans les centres hospitaliers constitue un facteur d'attraction majeur, particulièrement pour les spécialistes, mais ils font souvent défaut en région éloignée et intermédiaire.

La question de la rémunération a aussi fait l'objet de représentations. Selon celles-ci, le médecin doit être rémunéré pour l'ensemble des services qu'il rend dans le cadre du régime d'assurance-maladie et cette rémunération doit être juste, raisonnable et négociée. Puisque les services rendus par les médecins sont variés, les modes de rémunération doivent l'être également : à l'acte, à honoraires fixes,

à vacation et, éventuellement, à forfait. Aucun mode de rémunération n'apparaît plus « vertueux » qu'un autre. Certains porte-parole, par ailleurs, privilégient la rémunération à l'acte ; ce mode leur paraît plus compatible avec l'autonomie professionnelle, plus souple et facilite l'auto-contrôle de la pratique médicale.

La question des négociations entre l'État et les représentants des médecins a aussi été abordée. Certains porte-parole favorisent le maintien du régime actuel de négociations et s'opposent, par conséquent, à ce que d'autres parties prennent part à la négociation (par exemple l'Association des hôpitaux du Québec ou les conseils régionaux). D'autres déplorent l'absence d'encadrement législatif quant à la tenue de ces négociations. Ainsi, ils considèrent que cette absence d'encadrement formel a donné lieu à de prétendues négociations qui n'ont été à toutes fins pratiques qu'un exercice unitaléral et arbitraire dont l'initiative, le déroulement et le dénouement sont restés sous le contrôle quasi total de l'État. On juge que la rémunération doit être raisonnable, elle doit découler du jeu de la concurrence ou résulter d'un régime de négociations entre des parties qui ont accès à des moyens de pression susceptibles d'être comparables.

Par ailleurs, d'autres représentants estiment qu'actuellement les soins d'urgence de même que les soins ultra-spécialisés sont mal payés. Plusieurs intervenants s'en prennent également à la « Loi 27 » relativement à la rémunération des actes médico-administratifs. Cette Loi qui prévoyait une rémunération pour le médecin gestionnaire de ressources est demeurée lettre morte à ce sujet même si, en 1983, le MSSS s'est engagé à négocier dans les plus brefs délais la rémunération des tâches médico-administratives. On estime qu'il est temps de mettre fin au « bénévolat » des médecins dans les établissements, c'est-à-dire, à la non-rémunération des tâches médico-administratives.

D'autres problèmes afférents à la rémunération ont été traités. Par exemple, dans le cadre d'une politique de maintien à domicile de certaines clientèles il faudrait, selon certains, modifier le mode de rémunération pour qu'il soit adapté aux exigences du maintien à domicile et donc que le médecin puisse s'intégrer à une équipe multidisciplinaire sans être pénalisé. D'autres soulèvent la question de la disponibilité des médecins qui ne sont pas rattachés à un établissement en région rurale, où les visites à domicile et les consultations d'urgence au bureau la nuit et les fins de semaine sont fréquentes. On estime que cette partie de leur travail difficilement quantifiable doit être reconnue comme partie intégrante de la pratique médicale en milieu rural et rémunérée de façon directe ou indirecte.

4.2.7 La formation, la recherche et le développement technologique

La question de la formation a été principalement abordée par les omnipraticiens. Ainsi, conscients des déficiences majeures de la formation universitaire, ceux-ci recommandent depuis de nombreuses années l'élaboration d'un programme de formation post-universitaire spécifique en « omnipratique » et obligatoire pour tous les étudiants qui s'y destinent. Aucune décision n'a encore été prise. Ils soulignent que si un tel programme était mis sur pied, les universités auraient besoin de ressources financières adéquates et qu'il faut prévoir la création de milieux de formation conséquents, soit dans les polycliniques, les CLSC ou les hôpitaux non universitaires.

Par ailleurs, plusieurs voient dans la formation continue un élément essentiel à l'exercice de la médecine, le praticien devant assumer lui-même la responsabilité de se tenir à jour et de se perfectionner. Enfin, parce que de nouveaux besoins

apparaissent et que les connaissances se développent, les omnipraticiens croient approprié de mettre sur pied des programmes universitaires d'études avancées portant sur des sujets variés et spécifiques, reliés à des discipines nouvelles. On fait référence ici plus particulièrement à la gériatrie et à la médecine du travail. Dans ces deux cas, il aurait été préférable d'offrir aux omnipraticiens des programmes universitaires d'études avancées plutôt que de créer de nouvelles spécialités médicales.

Les résidents et internes abordent, pour leur part, trois questions relatives à leur formation. La première a trait aux unités d'enseignement clinique. Comme il devient, selon eux, de plus en plus difficile d'implanter et de maintenir ces unités, il faut, en conséquence, améliorer les contrats d'affiliation entre les facultés de médecine et les CH affiliés et consolider l'existence de ces unités d'enseignement clinique. La deuxième concerne la supervision des résidents et internes en salle d'urgence par un médecin de l'hôpital. On demande simplement qu'elle soit adéquate (24 heures par jour). Enfin, la troisième touche la formation post-doctorale. Les résidents et internes croient que la formation relative à la pratique générale doit être spécifique à l'omnipratique et donc que la médecine de famille doit cesser d'être la seule voie d'accès au permis d'exercice en omnipratique.

Les médecins de CLSC, pour leur part, favorisent l'organisation de stages pour les étudiants en médecine, les internes et les résidents en médecine familiale dans les CLSC, ce qui leur permettrait de jeter un regard neuf sur les problèmes de santé et de confronter les modèles d'intervention auxquels ils ont été formés avec ceux des autres intervenants en santé et en services sociaux.

Les médecins promoteurs de l'approche holistique constatent, pour leur part, que la formation en holisme est encore donnée dans des écoles privées et devient souvent partisane, fragmentaire et non soucieuse de l'évaluation des pratiques. Aussi, pour ces derniers, il y aurait lieu d'évaluer les programmes d'enseignement des pays où l'approche holistique est intégrée et d'analyser les possibilités de formation dans nos propres institutions d'enseignement (CEGEP et universités). Ces intervenants favorisent aussi le développement de la recherche en holisme et particulièrement de la recherche évaluative.

D'autres porte-parole des médecins croient que dans le domaine de la maladie mentale la recherche sur les facteurs biologiques doit avoir la priorité puisque ceux-ci constituent la grande inconnue qui limite l'efficacité, à long terme, des interventions curatives et des traitements de réadaptation et qui empêche d'avoir des politiques préventives vraiment efficaces. Enfin, certains intervenants ont souligné l'importance pour le gouvernement de prendre l'initiative de rechercher les utilisations de l'ordinateur dans le domaine de la santé et ce, sur une base systématique et dans le cadre d'un programme structuré.

On considère, de plus, que la pratique de la médecine spécialisée au Québec est gravement perturbée par le sous-financement chronique dans le domaine des équipements. Pour rattraper le retard il serait nécessaire de procéder à des investissements annuels substantiels au cours des dix prochaines années. Le retard technique serait non seulement marqué dans le secteur des appareils très sophistiqués mais également dans celui des équipements plus conventionnels.

On parle aussi de carences importantes dans le domaine de la médecine de laboratoire.

Deux représentations, l'une concernant l'ophtalmologie et l'autre la radiothérapie, ont particulièrement dénoncé l'insuffisance d'investissements dans les appareils à haute technologie et le retard qu'accuse le Québec dans ce domaine.

4.3 Les infirmières[1]

4.3.1 Présentation

Ce chapitre comprend les représentations et des syndicats professionnels d'infirmières, et des associations professionnelles œuvrant dans un domaine spécifique (santé communautaire, gérontologie, maintien à domicile, enseignement, etc.) ou dans une région particulière (Côte-Nord, Abitibi-Témiscamingue).

La Commission a reçu 20 représentations écrites de la part du personnel des soins infirmiers. Elle a, de plus, rencontré leurs porte-parole à 14 reprises durant la tournée de consultation.

4.3.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux

Le personnel infirmier est unanime à déclarer que les grands principes à la base de la réforme des années 70 ne sont respectés ni par le gouvernement ni par les gestionnaires du réseau. Le système de santé ne cesse de se détériorer. L'accessibilité aux services, notamment, est considérablement réduite pour deux raisons fondamentales: les compressions budgétaires dans les établissements et les coupures de postes touchant le personnel soignant.

Ces mesures ont pour conséquence d'allonger les listes d'attente, de réduire la disponibilité du personnel et de diminuer la qualité des soins. Cette situation est attribuable en bonne partie à l'absence d'une politique de santé et à l'incapacité du système à s'adapter aux impératifs d'une nouvelle conjoncture économique; celle-ci a fait ressortir en effet, avec plus d'acuité encore, les besoins de la population. De façon générale, les infirmières considèrent que le Québec devrait se doter d'une politique de santé qui permettrait au système de retrouver les principes mêmes qui sont à la base de son organisation, c'est-à-dire la justice et l'équité. Une telle politique devrait promouvoir une approche globale de la santé et amener des changements structurels propres à favoriser cette approche.

La grande majorité des associations d'infirmières porte des jugements sévères sur le système de santé actuel et sur l'organisation de la pratique médicale en particulier. Certaines affirment que le système est un « empire basé sur la consolidation de structures et la satisfaction des groupes d'élite dont les interventions n'ont aucune commune mesure avec les besoins de ceux et celles qu'ils desservent et qui oublient de surcroît l'importance de la qualité des soins ».

La domination de l'approche médicale est, de l'avis général, grandement responsable des difficultés rencontrées dans le système. La médecine s'attribue le monopole légal du savoir dans le domaine de la santé. Les individus se trouvent ainsi limités dans leur liberté de privilégier d'autres approches de type alternatif qui pourraient être efficaces. Les services médicaux sont de plus en plus « curatifs — expéditifs » et se développent de façon à engendrer leur propre demande.

[1] Note: dans ce texte, infirmières inclut infirmiers.

Le modèle médical ne permet pas de considérer la personne dans sa globalité : il entretient la dépendance et l'ignorance de la population. Nombreuses sont celles qui évaluent que le mode de rémunération des médecins a largement contribué à consolider le pouvoir de ces derniers et à faire de la santé un bien de consommation dont les médecins tirent des bénéfices financiers considérables.

Il serait par ailleurs douteux, disent certaines, de prétendre que l'engorgement des urgences, par exemple, est dû au programme d'assurance-maladie. Il faut plutôt reconnaître que sous l'impulsion du pouvoir médical, des services qui auraient dû être dispensés par d'autres (CLSC...) l'ont été par les CH. Il est déplorable, selon ces dernières, que l'État n'ait pas démontré une volonté d'enrayer ce transfert de services qui consolide encore plus la suprématie de la médecine curative et lucrative, responsable en majeure partie de l'augmentation des coûts du système.

4.3.3. Les besoins en services de santé et en services sociaux

Les infirmières ont principalement fait valoir les besoins en services des personnes âgées, des femmes et des jeunes. Un condensé des principaux problèmes identifiés dans neuf régions du Québec a également été déposé.

- **Les soins aux personnes âgées**

Le vieillissement de la population va constituer un problème majeur dans les années à venir. Le manque de planification dans ce domaine a eu jusqu'ici pour conséquence qu'on entasse les personnes âgées dans des institutions, peu importe leur état et toutes catégories confondues (« autonome, bien portant, alité, confus, sénile, etc. »).

Tous les groupes d'infirmières qui ont traité des soins de longue durée dénoncent les principes et les valeurs qui sous-tendent l'organisation des soins aux personnes âgées hébergées en institution. On pense à tort, disent-elles, que leurs problèmes de santé sont principalement dûs aux maladies chroniques ou au vieillissement. Tant le personnel soignant que les gestionnaires de ces établissements en sont ainsi venus à croire que les résidents âgés ne requièrent que des soins de gardiennage (« custodial care »), habituellement dispensés de façon routinière et mécanique. Les médecins pour la plupart se désintéressent de cette clientèle auprès de laquelle ils ne peuvent faire la preuve de leur efficacité habituelle. On croit peu à la possibilité pour ces personnes de recouvrer la santé, concluent les infirmières.

Cette attitude négative et défaitiste fait qu'on accorde la primauté à l'entretien physique des résidents âgés qu'on les « surmédicamente » et qu'on établit des rapports infantilisants avec eux. Les personnes âgées et les patients chroniques sont, d'après les infirmières qui œuvrent dans ce secteur, les parents pauvres d'un système qui leur réserve une vie « invivable ». Les personnes âgées hébergées en institution sont confinées à un espace restreint (leur chambre), gardées dans une passivité presque totale et vivent dans l'atmosphère de désolation qui règne trop souvent dans les centres gériatriques. Il n'est donc pas étonnant, affirme-t-on, de constater qu'elles perdent leur autonomie de façon accélérée et qu'elles souffrent rapidement de désorientation spatio-temporelle.

Pourtant, les connaissances en gérontologie et en sciences infirmières, entre autres, prouvent qu'il existe une variété d'interventions thérapeutiques qui peuvent

favoriser à la fois le rétablissement et le bien-être de cette population. Il s'agit de tenir compte d'un certain nombre d'éléments : la qualité du milieu, l'approche adoptée, la compétence et les modes d'organisation du travail des effectifs infirmiers. Il est troublant, dit-on, de constater le manque de connaissances en gérontologie qui prévaut actuellement dans les milieux concernés.

Les infirmières sont, par ailleurs, d'avis que les soins à domicile peuvent constituer une des solutions aux problèmes que pose l'hébergement des personnes âgées. Toutefois, les services de maintien à domicile doivent être conçus en tenant compte d'une approche globale des soins. Le maintien à domicile doit s'appuyer sur tout un réseau de services à la population âgée (information, éducation, entraide...).

◆ **Les besoins des femmes**

Les infirmières disent constituer dans le domaine de la santé le groupe d'intervenants le plus important en nombre. Elles sont à la fois témoins privilégiés des pratiques courantes et consommatrices de soins au même titre que les autres femmes. Elles sont donc particulièrement sensibles à la problématique qui concerne les femmes et la santé. Les infirmières reprenant les conclusions d'une recherche à laquelle elles ont participé concluent que « le système de santé ne répond pas aux besoins des femmes ».

Comme l'ensemble des usagers, les femmes ne sont pas renseignées sur leur état de santé, mais elles ont en plus à subir les attitudes souvent méprisantes, irrespectueuses, paternalistes et sexistes de la part du monde médical, entre autres. Les femmes sont facilement qualifiées de névrosées ou d'hystériques ; on leur applique l'ensemble des stéréotypes et préjugés développés à leur égard dans la société ; on ne prête pas attention à la description qu'elles donnent de leurs malaises ni à leurs conditions de vie, et c'est particulièrement vrai dans le cas des femmes au foyer. Les infirmières citent une réflexion médicale bien connue qui circule à propos des femmes : « un mal de dos ou un burn out, ça se situe entre les deux oreilles ».

La médication est la réponse habituelle du système. En conséquence, les femmes, plus encore que les hommes, sont amenées à adopter une attitude de dépendance et de passivité et sont davantage portées à surconsommer des médicaments. Souvent, racontent les infirmières, on peut lire la peur et l'insécurité dans le regard des femmes qui consultent ou sont hospitalisées. Elles se sentent même coupables de leur ignorance et du temps qu'on leur consacre.

Elles se sentent seules, « coincées », complices et impuissantes. D'une part, elles sont elles-mêmes en butte aux attitudes paternalistes et sexistes des médecins qui ont tendance à les traiter comme de simples exécutantes, voire comme des « servantes », ce qui leur donne peu de crédibilité auprès des patientes. D'autre part, les infirmières ne finissent pas de se conformer, malgré elles, à certains préjugés en vigueur, à cause de leur méconnaissance des problématiques en cause, de leur ignorance des ressources du milieu et de leur manque de formation en cette matière. On rapporte que des tentatives d'interventions des infirmières auprès des médecins ont suscité de la part de ceux-ci des comportements plus agressifs envers les patientes. En conséquence, les infirmières hésitent à

s'impliquer, elles ne se sentent pas préparées pour le faire et craignent les représailles.

- **Les besoins des jeunes**

Les infirmières de CLSC et celles qui œuvrent dans les milieux scolaires affirment que les jeunes fréquentent de plus en plus les services de santé. Ils consultent pour des problèmes de décrochage, alcoolisme, toxicomanie, prostitution, suicide, violence familiale, maladies transmises sexuellement, etc. Les jeunes réclament de l'aide et demandent également de l'information plus générale sur la sexualité, la contraception, etc.

Les infirmières estiment qu'elles sont bien loin de pouvoir faire face à l'ampleur de ces besoins. Leur présence auprès de cette clientèle et leur disponibilité ne sont même pas assurées. En contexte de restrictions budgétaires, en effet, certains secteurs d'intervention deviennent secondaires et le personnel qui y est affecté voit sa tâche s'alourdir.

4.3.4 Le fonctionnement du système

La très grande majorité des infirmières décrit le milieu hospitalier comme un monde de statistiques, de cardex, de technologies de pointe, loin des besoins des individus et très peu préoccupé par l'humanisation des soins. En fait, les structures administratives et la bureaucratie, la « superprofessionnalisation », les contraintes budgétaires, la réglementation et les normes ne laissent plus de place, selon elles, à la souplesse en matière de gestion et à la liberté de l'individu. Les gestionnaires s'intéressent d'abord à leurs performances administratives plutôt qu'à la qualité des soins. Les objectifs qui priment sont donc la productivité et la réduction des coûts.

Les infirmières, elles, au contraire, insistent énormément sur les approches nouvelles à développer en santé. Toutes les associations d'infirmières reconnaissent comme étant fondées les plaintes des bénéficiaires concernant le phénomène de déshumanisation dans les établissements et particulièrement dans les urgences des CH. Les patients hospitalisés se disent traités comme des numéros par l'ensemble du personnel soignant et médical. Les interventions à la pièce, impersonnelles, pratiquées par plusieurs catégories de professionnels, ne permettent pas la création d'un climat de confiance entre les patients et le personnel. L'organisation actuelle des soins infirmiers favorise l'automatisme : le milieu hospitalier, affirment-elles, est devenu un endroit où l'on dispense des soins à la « chaîne ». Les infirmières doutent, par ailleurs, que le fait d'accorder un plus grand pouvoir de gestion aux médecins à l'intérieur des établissements ait pour effet d'améliorer les services et les soins à la population. Plusieurs s'inquiètent des demandes des médecins à cet égard alors qu'elles-mêmes déplorent leur propre exclusion, de même que celle des usagers, des lieux de planification et de décision dans les établissements de santé. Par ailleurs, certaines seraient favorables à une forme de délégation de pouvoir aux instances régionales, et cette décentralisation leur apparaît comme vitale pour la survie du système.

Les infirmières déclarent qu'elles ont, à cause de leur présence continue auprès des bénéficiaires, un rôle important à jouer dans l'amélioration de la qualité des soins. Seule l'adoption d'une approche de type bio-psychosociale, qui prendrait appui sur une organisation du travail appropriée, peut permettre d'instaurer un climat sécurisant et personnalisé, susceptible de favoriser la prise

en charge par les bénéficiaires de leur propre santé. Ce type d'approche permet de prendre en considération tous les aspects de la personne humaine, d'allier et le préventif et le curatif, de développer les connaissances et d'augmenter l'autonomie des personnes de façon à ce qu'elles acquièrent un plus grand contrôle sur leur vie. Plusieurs groupes d'infirmières se disent convaincus que si l'on utilisait une telle approche, les patients récupéreraient plus vite après une maladie et qu'on assisterait à une baisse très importante du taux de rechutes. On précise toutefois que cette approche est actuellement inapplicable dans les milieux de pratique quels qu'ils soient.

Un autre sujet retient l'attention d'un nombre important d'infirmières, soit la désinstitutionnalisation. La rationalisation des coûts et des ressources humaines l'a emporté sur ce qui aurait dû constituer l'objectif même de ce mouvement, c'est-à-dire l'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires. Pour plusieurs, la réinsertion sociale s'est vite transformée en « politique de placement ». On lance des programmes de désinstitutionnalisation sans qu'on ait sérieusement prévu de véritables étapes de transition. Il arrive même, au dire de certaines, que l'on décide de vider un établissement avant même que les ressources résidentielles appropriées soient en place et que l'évaluation de l'état des bénéficiaires soit complétée. De l'avis des infirmières, il est indispensable de mettre en place un réseau de soutien pour les personnes désinstitutionnalisées et leurs proches.

4.3.5 Le financement du système et la gestion financière

En matière de financement, les infirmières remettent en question les priorités gouvernementales. Elles estiment que les budgets sont mal répartis et sont établis sans référence à des objectifs précis et à des besoins bien identifiés.

Les infirmières disent avoir été une des cibles principales des compressions budgétaires dans les établissements, ce qui, à leur avis, illustre bien l'inaptitude des gestionnaires à s'attaquer aux véritables causes des problèmes de productivité et de hausse des coûts. On s'interroge particulièrement sur l'efficacité des services médicaux par rapport aux budgets investis. Certaines pratiques abusives ou non rentables sont identifiées. Ainsi, les médecins, dira-t-on, dépensent sans contrôle. On en donne pour preuve leur propension à poser des actes de plus en plus rémunérateurs et à augmenter le nombre d'actes complémentaires. Les directions hospitalières font preuve de laisser-faire lorsque, par exemple, des médecins utilisent les cliniques externes ou les urgences à titre de bureau privé tout en requérant les services des infirmières de l'hôpital. Certains médecins de CLSC se font payer par les bénéficiaires (avec la carte d'assurance-maladie) certaines visites à domicile alors que celles-ci font partie de leurs tâches de médecin salarié. D'autres font des heures de garde à l'urgence de l'hôpital alors que leurs services sont en même temps défrayés par le CLSC, etc.

Les infirmières s'interrogent également sur le rendement réel d'un équipement technologique de plus en plus coûteux. Par ailleurs, le taux d'encadrement du personnel soignant nettement plus élevé au Québec qu'en Ontario ne se justifie pas. Cette situation, affirment-elles, n'a pas pour effet de réduire les déficits ni de donner de meilleurs services à la population.

Alors qu'on ne recherche pas les véritables causes à l'origine des coûts, des administrateurs réclament la privatisation de certains services. Pour les infirmières, le débat autour de la privatisation est un faux débat qui évite que

l'on examine de l'intérieur les problèmes du système. Les infirmières, dans leur ensemble, s'opposent à ce que le secteur privé impose ses critères de rentabilité aux services de santé.

4.3.6 Les ressources humaines: l'organisation et les conditions de travail

Les organisations d'infirmières sont unanimes à déclarer ne plus pouvoir tolérer la situation dans les centres hospitaliers. Leurs critiques portent essentiellement sur l'organisation du travail et sur le modèle médical dominant. Les services des infirmières sont actuellement mal utilisés dans le réseau. Alors que celles-ci sont formées pour assumer des rôles multiples, de nature préventive et curative, leur champ d'intervention se rétrécit constamment sous les effets combinés de l'évolution du secteur hospitalier et de la pratique médicale curative.

Ainsi l'infirmière devient une simple exécutante qui doit se conformer aux prescriptions des médecins au lieu d'exercer son rôle de « soignante » et ainsi d'assumer en toute autonomie un certain nombre de fonctions auprès des patients. À cause des réductions de personnel, les infirmières accomplissent maintenant des tâches qui devraient l'être par d'autres catégories d'employés, brancardiers, préposés ou secrétaires, etc. En nombre de plus en plus restreint, les infirmières n'ont plus le temps d'assurer la qualité des soins alors que c'est sur leurs épaules qu'on fait reposer en bonne partie la responsabilité d'humaniser les soins et d'en garantir la continuité.

Les CH, disent certaines, sont devenus des usines où priment les critères de productivité. Par ailleurs, elles citent de nombreux facteurs à l'origine de la dégradation de leurs conditions de travail : diminution du personnel infirmier tandis que les cas hospitalisés s'aggravent et requièrent davantage de soins, roulement de personnel qui accroît la charge de travail des infirmières en place, non-remplacement des employés en congé de maladie, matériel de travail inadéquat ou insuffisant, impact de certaines expériences en cours portant sur l'amélioration de la productivité des infirmières, etc.

Au nombre des facteurs majeurs contribuant à la détérioration des conditions de travail, il faut compter l'augmentation du travail à temps partiel. La très grande majorité des infirmières dénonce le fait que plus de 60 % des professionnelles en soins infirmiers œuvrent à temps partiel. C'est en raison de leurs responsabilités familiales que les infirmières avaient demandé que le statut de travailleuse à temps partiel soit reconnu. Elles n'ont, par contre, jamais désiré que le pourcentage des travailleuses à temps partiel soit aussi élevé qu'il ne l'est à l'heure actuelle. À toutes fins pratiques, cette situation compromet pour un grand nombre d'entre elles, leurs chances d'accéder à un travail à temps complet.

Par ailleurs, les infirmières déplorent l'absence de mesures de prévention contre les risques qu'elles courent de voir se détériorer leur santé en raison de leurs conditions de travail. Le milieu n'est pas sensible aux effets négatifs des conditions de travail sur la santé, effets qui souvent se manifestent à long terme : usure, fatigue, maux de dos, insomnie, etc.

En conclusion, les infirmières considèrent qu'on reconnaît peu leur travail. On leur offre peu de possibilités de promotion. On ne fait pas cas ou si peu de la formation supplémentaire qu'elles acquièrent. On leur fait peu de place dans le processus de décisions. Elles ont du mal à obtenir la collaboration de

leur employeur pour avoir accès aux programmes de perfectionnement en cours d'emploi. Voilà autant de facteurs qui contribuent à la « démotivation », à la dévalorisation, à l'insatisfaction d'un grand nombre d'infirmières. Il n'est pas étonnant, selon elles, de constater, en conséquence, qu'il existe une pénurie d'infirmières dans plusieurs régions du Québec. Les conditions de travail offertes aux infirmières en sont, en grande partie responsables, conditions qu'elles refusent de plus en plus d'accepter. Bon nombre d'entre elles quittent même la profession.

Cette situation amène les établissements à utiliser, à grand frais, les services d'agences de placement. En effet, les infirmières de ces « PME de la santé » se voient allouer un salaire supérieur à celui versé dans les établissements publics. L'État se trouve aussi à financer une partie des coûts de fonctionnement de ces entreprises privées. Il fait donc face à un double coût d'exploitation. L'utilisation de ces agences risque à plus ou moins long terme d'augmenter la pénurie « artificielle » des infirmières dans les CH et de diminuer la qualité des services, étant donné le caractère « itinérant » de ces intervenantes en santé. On craint que ces pratiques n'amènent une rupture dans la continuité des soins et une désertion systématique de la profession.

4.3.7 La formation en soins infirmiers

Plusieurs opinions, quelquefois divergentes, ont été exprimées concernant la formation des infirmières. Certaines, comme les intervenantes en santé communautaire, affirment que la formation universitaire doit être privilégiée étant donné que le cours collégial ne traite pas de la pratique dans le champ communautaire. Elles suggèrent, de plus, une révision du contenu du programme de baccalauréat puisque celui-ci ne serait pas adapté aux nouveaux besoins en santé.

D'autres considèrent, par contre, que le cours collégial est adéquat. Il faudrait plutôt miser, avec la collaboration des employeurs, sur la formation en cours d'emploi pour répondre aux exigences des changements technologiques et des nouvelles problématiques en santé. À cet égard, plusieurs ont souligné le manque de formation des infirmières pour faire face à des phénomènes comme le vieillissement, la violence et les agressions sexuelles, le cancer, etc.

4.4 Les professionnels para-médicaux et les professionnels du secteur social

4.4.1 Présentation

Ce chapitre traite des opinions émises par les associations professionnelles qu'il ne faut pas confondre avec les corporations. Parmi les professionnels des services de santé et des services sociaux (autres que les médecins et le personnel infirmier) qui ont soumis des représentations écrites (26) et ont participé aux audiences (17) de la Commission, nous retrouvons des dentistes, des pharmaciens, des physiciens et des ingénieurs biomédicaux, des optométristes et des chiropraticiens, mais aussi des travailleurs sociaux, des psycho-éducateurs, des éducateurs physiques, des intervenants en toxicomanie, et, enfin, des spécialistes en orientation et mobilité.

4.4.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux

Peu de porte-parole des professionnels para-médicaux et des professionnels du secteur social se sont prononcés sur les finalités et objectifs du système. Certains, cependant, jugent que les résultats atteints sont satisfaisants et positifs et que les acquis doivent être conservés et bonifiés. Toutefois, la majorité des

intervenants, chacun dans son domaine ou sa spécialité, estiment que le système est trop peu orienté vers la prévention. Un effort dans cette direction permettrait, à moyen ou à long terme, de réduire les coûts consacrés à la maladie et au curatif, affirment-ils.

Certains professionnels sont également d'avis que tout le champ de la santé est trop exclusivement accaparé et orienté par la profession médicale ; les médecins contrôlent la santé et l'ensemble du système ; en définitive, leur pouvoir est trop grand. Dans le même sens, certains remettent en question l'hégémonie de la profession médicale et préconisent une véritable concertation de tous les « travailleurs de première ligne ».

4.4.3 Les besoins en services de santé et en services sociaux

Les préoccupations des associations professionnelles sont fort variées. Elles touchent quantité de secteurs et de clientèles autant dans le domaine de la santé que dans celui des services sociaux.

Dans le champ de la santé mentale, certains professionnels œuvrant dans les centres de jour psychiatriques préconisent le développement de ressources plus légères. Ils suggèrent le remplacement des ressources institutionnelles par des ressources intermédiaires et alternatives. Il y a, rappellent-ils, aujourd'hui plus d'une trentaine de centres de jour psychiatriques au Québec qui travaillent à la réinsertion graduelle de leur clientèle dans la société.

Afin de freiner la trop forte propension à l'institutionnalisation et à la médicalisation des soins en santé mentale, ces professionnels considèrent qu'il faut faciliter et alléger le processus actuel de référence aux centres de jour psychiatriques. Ils affirment qu'en raison de la lourdeur du système de référence et de la « chasse gardée » que se sont attribués les départements psychiatriques, les patients ne sont pas dirigés assez rapidement vers les centres de jour.

Par ailleurs, on juge que la formation continue des professionnels des centres de jour est une nécessité. On préconise aussi qu'afin d'approfondir les connaissances cliniques et pratiques en santé mentale, la recherche dans ce domaine devienne une priorité. Enfin, on favorise l'interdisciplinarité à l'intérieur des centres de jour ainsi que la collaboration et la complémentarité entre le réseau des affaires sociales et le réseau des ressources alternatives.

Un autre sujet a soulevé l'intérêt des associations professionnelles, celui de la technologie médicale. Les postulats de base en cette matière sont que la médecine a toujours été tributaire des progrès de la science quant aux médicaments, instruments, équipements et procédures de soin. Dans ce contexte de la médecine contemporaine, les développements technologiques de toutes sortes sont devenus le prolongement de l'art et de la science des cliniciens. Par ailleurs, les technologies médicales modernes ont une incidence sur les coûts de la santé et sur l'organisation du système de santé. Il a été suggéré que soit établie une autorité chargée d'élaborer les règles concernant l'acquisition et l'évaluation des technologies médicales ainsi que de coordonner leur développement. De plus, la vétusté d'un grand nombre d'équipements a atteint un point critique au Québec, dit-on, et il faudra assumer à cet égard un rattrapage important.

D'autres professionnels constatent que certains établissements du réseau ne disposent pas de services pharmaceutiques correspondant à leurs besoins,

notamment les CLSC et bon nombre de centres d'accueil mais aussi plusieurs centres hospitaliers. Cette situation explique que les médicaments soient mal utilisés, coûtent cher et soient la cause de trop nombreux accidents. Le nombre de pharmaciens pratiquant dans les établissements de santé serait donc insuffisant ainsi que celui des employés de soutien technique.

Les dentistes en santé communautaire croient, quant à eux, que le système réserve une place beaucoup trop réduite à la prévention, que la politique de santé dentaire est uniquement axée sur le curatif et que la couverture des soins dentaires est trop limitée. Il n'y a pas, en conséquence, d'universalité des soins dentaires. Ces professionnels considèrent que la prévention et la formation de dentistes en santé communautaire sont les besoins les plus pressants.

Pour leur part, les chiropraticiens se considèrent marginalisés et exclus du réseau institutionnel, leurs services n'étant pas couverts par la RAMQ. Ils dénoncent l'absence de collaboration de la profession médicale à leur endroit en même temps qu'ils constatent que leur champ de pratique est de plus en plus envahi par d'autres professionnels de la santé, dont les médecins, qui, eux, ont droit au remboursement de la RAMQ. Ils affirment donc que la législation est discriminatoire à leur endroit, ce qui a pour effet de réduire l'accessibilité aux soins qu'ils peuvent offrir. Cette situation, dans son ensemble, est, selon eux, source de gaspillage et reflète la sous-utilisation de certaines ressources professionnelles par le système de santé.

D'autres professionnels insistent sur les besoins qui existent en matière de désintoxication, de réadaptation, de prévention et de recherche en alcoolisme et autres toxicomanies. Le Québec n'a pas de politique claire dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Les responsabilités à ce niveau sont partagées entre plusieurs types d'établissement (CLSC, CSS et CART) sans qu'il y ait de véritable coordination et de complémentarité. De plus, les ressources humaines et financières sont nettement insuffisantes et les disparités régionales énormes.

Du côté des services sociaux c'est d'abord au manque de personnel en milieu scolaire et dans les CH qu'on s'en prend. Ainsi le milieu scolaire ne peut qu'offrir une accessibilité restreinte à des services d'aide psychosociale à une époque où les problèmes vécus par les jeunes s'aggravent. Les professionnels impliqués considèrent aussi nécessaire que s'établisse un certain « partenariat » ou du moins une véritable concertation entre le MSSS et le ministère de l'Éducation. La même situation existe dans les CH, l'intervention psychosociale y est en conséquence largement négligée.

Les travailleurs sociaux se plaignent aussi de la lourdeur bureaucratique, de la rigidité des structures et de l'insuffisance de planification dans les CSS. On manquerait de plus de ressources humaines qualifiées. Les recherches sur l'évaluation des pratiques et des types d'intervention en travail social feraient aussi gravement défaut.

De leur côté, certains spécialistes en orientation et mobilité œuvrant auprès des personnes handicapées visuelles déclarent qu'il existe un manque sérieux de spécialistes en ce domaine partout au Québec. Quant aux professionnels en éducation physique, ils veulent sensibiliser les établissements de santé au bien-fondé des programmes d'activités physiques pour les patients. Ceux-ci permettent

d'éviter les réadmissions et aident les patients à recouvrer la santé après une intervention chirurgicale, par exemple.

4.4.4 Le fonctionnement du système de santé et de services sociaux

Pour ces associations professionnelles, les principaux problèmes de fonctionnement du système tirent leur origine des mécanismes décisionnels et des structures.

La réforme Castonguay-Nepveu cherchait, signale-t-on, à intéresser le plus grand nombre possible de partenaires à l'orientation et à la gestion des établissements ; elle a permis notamment au personnel clinique de jouer un rôle décisionnel par le biais de conseils consultatifs (CCPC). Or, actuellement seulement 30 % des établissements du réseau ont un CCPC actif. Cette situation s'explique par la prédominance des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) qui accaparent, dit-on, toute l'attention des autorités. Les CCPC, eux, ne reçoivent pas l'encouragement et le soutien administratif nécessaire pour remplir leurs fonctions au sein des établissements. Les professionnels concernés souhaitent que les CMDP et les CCPC deviennent complémentaires, que l'on travaille à la mise en commun des connaissances et de l'expérience de toutes les catégories de travailleurs des établissements et que l'on procède à un nouveau partage des pouvoirs.

Les optométristes, quant à eux, estiment nécessaire d'être associés aux décisions qui sont prises dans le domaine oculo-visuel. Ils visent ainsi les directions du MSSS chargées de la planification et du développement des programmes de santé, la CSST, les établissements de santé et les DSC, les milieux scolaires, etc.

Les dentistes, pour leur part, constatent qu'il n'existe pas de « liens hiérarchiques » entre les CLSC et les DSC. En effet, le CLSC est une entité légale autonome et indépendante du DSC. Le fonctionnement du système de santé québécois est, dit-on, fondé sur la coordination et la concertation d'organismes décentralisés, mais aucun mécanisme de « coordination statutaire » n'est prévu entre ceux-ci. Le DSC a bien une responsabilité de coordination, mais il ne peut l'exercer qu'en comptant sur la bonne volonté des individus. Les dentistes ajoutent qu'ils sont absents des divers paliers décisionnels du système de santé québécois ou n'y sont pas suffisamment présents.

L'implantation de plus en plus répandue de technologies médicales sophistiquées soulève plusieurs questions. On parle de leur coût, de leur répartition, mais aussi de la gestion des équipements médicaux dans les centres hospitaliers. Ainsi, certains avancent que la quantité et la complexité des technologies accélèrent la spécialisation et la dispersion des responsabilités en matière de gestion et favorisent la multiplication des intervenants. Le développement technologique induit donc une plus grande complexité dans le processus de prise de décision et de priorisation.

4.5 Le personnel technique et de soutien

4.5.1 Présentation

Diverses associations représentant du personnel technique et du personnel de soutien ont soumis des représentations (14) à la Commission. Cette dernière a également rencontré leurs porte-parole à une dizaine de reprises lors de la consultation. Il s'agit des technologistes en orthopédie, des assistants en optique,

des thérapeutes en réadaptation physique, des archivistes médicales, des ambulanciers, des auxiliaires familiales, des infirmières auxiliaires et des puéricultrices.

4.5.2 Champ de pratique et statut professionnel

Le principal problème dont ces associations ont traité quant à leur statut concerne leurs rapports avec les professions para-médicales. Ainsi, les thérapeutes en réadaptation physique parleront de leurs difficultés d'intégration dans certains milieux institutionnels, et en particulier dans les centres hospitaliers, à cause « du corporatisme professionnel des physiothérapeutes ». C'est, disent-ils, ce corporatisme qui est à l'origine d'une politique de discrimination systématique à l'endroit des thérapeutes en réadaptation physique dans bon nombre d'établissements de santé, sauf dans les centres d'accueil d'hébergement et les CHLD. Ces derniers établissements n'ont pas suscité l'intérêt des physiothérapeutes parce que leurs clientèles sont lourdes et les postes généralement à temps partiel. Leurs porte-parole s'inquiètent aussi de la formation de plus en plus « diluée » que reçoivent les thérapeutes en réadaptation.

Partageant les mêmes préoccupations, les technologistes en orthopédie demandent la reconnaissance de leurs compétences et un programme de formation en français au Québec. Plusieurs tâches actuellement effectuées par les résidents et internes en orthopédie peuvent être déléguées aux technologistes qui sont préparés à œuvrer dans ce domaine. Les assistants et assistantes en optique vivent la même situation avec les optométristes, opticiens d'ordonnance et ophtalmologistes. Les assistants sont des auxiliaires qui sont appelés à effectuer pour les professionnels de la vue tous les actes qui ne sont pas du ressort exclusif de ces professionnels. Les professionnels et les assistants en optique mènent actuellement une « guérilla judiciaire » pour faire définir leur champ de compétence respectif. Selon eux, la Loi devrait être révisée de façon à permettre à l'ensemble des intervenants en santé de jouer un rôle complémentaire : la qualité des soins n'en souffrirait pas et les coûts seraient moindres.

Les puéricultrices se sont vues, quant à elles , soustraire des actes qui, avant 1981, faisaient partie de leurs tâches quotidiennes et de la pratique de la puériculture. Elles affirment que depuis le décret gouvernemental à cet effet, elles sont en butte, dans les établissements de santé, à des pratiques déloyales et discriminatoires : elles sont remplacées en pouponnière et en pédiatrie par des infirmières et doivent dans bien des cas aller travailler à la buanderie, à l'entretien ménager, à la cafétéria, aux archives ou comme préposées aux malades.

Les auxiliaires familiales et sociales s'interrogent, pour leur part, sur la place qui leur est réservée dans la politique de maintien à domicile et sur la responsabilité très large qu'elles assument face à des clientèles de plus en plus lourdes (personnes âgées, malades chroniques, handicapés physiques, convalescents, etc.), clientèles qu'elles qualifient de « mal aimées » du système. Elles considèrent, en définitive, que différents intervenants du réseau se déchargent sur elles de plusieurs responsabilités, que leur formation est inadéquate dans certaines situations et que les ressources de maintien à domicile sont de toutes façons insuffisantes. De plus, certaines « agences » d'auxiliaires familiales sans formation concurrencent les services d'auxiliaires familiales fournis par les CLSC, et ce, sans aucun contrôle. Quant au fonctionnement du système, les porte-parole des auxiliaires considèrent que les établissements du réseau ne travaillent pas suffisamment en complémentarité, que les communications sont insuffisantes

ou difficiles entre les établissements, en d'autres termes, que le réseau ne fonctionne pas comme un réseau. Enfin, devant l'insuffisance des ressources que peut octroyer l'État pour le maintien à domicile certaines auxiliaires familiales se demandent s'il ne vaudrait pas mieux remettre en question la gratuité des services.

Les infirmières auxiliaires font, elles, valoir leur opinion sur l'organisation des soins infirmiers. Selon ces dernières, leur champ d'action se rétrécit constamment. Ce phénomène s'observe de diverses manières : non-reconnaissance de leur compétence et de leur formation, absence d'autonomie professionnelle dans l'exercice de leurs fonctions, processus de déqualification à la suite de l'introduction de changements technologiques, transformation de postes d'infirmières auxiliaires en postes d'infirmières autorisées, etc. Les infirmières auxiliaires constatent de plus des disparités importantes dans l'exercice de leurs fonctions non seulement d'un établissement à l'autre mais souvent d'un département à l'autre dans un même établissement. La délégation des actes a installé une « guerre de territoire » dans les milieux de travail, suscitant l'insatisfaction et la « démotivation ». Ce climat est néfaste pour le travail d'équipe et a des répercussions sur la qualité des soins.

Les infirmières auxiliaires affirment qu'on les considère comme étant au service des infirmières. Ces dernières, disent-elles, tentent, par la valorisation de l'approche globale, de s'accaparer leur champ d'activité tout en conservant et en élargissant leurs fonctions de coordination. Si cette approche est adoptée, cela nécessitera des transformations organisationnelles majeures qui se traduiront par l'augmentation du nombre d'infirmières et l'abolition de postes d'infirmières auxiliaires. Celles-ci voient, de surcroît, leurs postes menacés par l'utilisation de plus en plus répandue de préposées aux bénéficiaires, ce qui entraîne des réductions de coûts pour les établissements. Par ailleurs, certaines infirmières auxiliaires ont mis sur pied des services privés dans le domaine des soins à domicile : les besoins sont là, expliquent-elles, et l'État devrait favoriser l'accès à ces services en apportant leur soutien à ces entreprises.

Les ambulanciers, même s'ils ne sont pas en compétition avec une autre catégorie de travailleurs, recherchent aussi une amélioration de leur statut. Ainsi, ils considèrent que l'organisation des soins d'urgence pré-hospitaliers requière une meilleure planification et donc qu'il est nécessaire que les ambulanciers soient présents au sein des instances décisionnelles provinciales et régionales. Ils réclament de plus une meilleure rémunération, une délégation d'actes plus large et une définition de tâches plus précise et, enfin, une formation bonifiée et uniformisée.

Pour leur part, les archivistes médicales parlent de pénurie de personnel, de besoins d'équipements et de locaux pour les services d'archives médicales, ainsi que de besoins en formation continue. Elles remettent aussi en question le système actuel d'information médico-administrative et les techniques de mesure de la durée de séjour dans les centres hospitaliers qui ne favorisent pas une utilisation optimale des ressources. Selon leurs porte-parole, un service d'archives médicales performant constitue une carte majeure dans la rationalisation des soins de santé tant sur les plans local que régional et provincial.

Enfin, un dernier groupe d'intervenants œuvrant en CLSC souhaite la création de conseils consultatifs du personnel non clinique dans les établissements de santé afin que ce personnel ait voix au chapitre au sein du conseil d'administration et du comité administratif et participe ainsi à la gestion des établissements.

V — Les milieux de l'enseignement et de la recherche

5.1 Présentation

Les représentants des milieux de l'enseignement et de la recherche ont déposé 24 représentations écrites à la Commission. Ils ont également participé à une quinzaine de séances de travail lors de la tournée de consultation. La Commission a ainsi entendu sur ces questions des porte-parole de facultés et des responsables de programmes universitaires, des directeurs généraux de CH affiliés, des enseignants et formateurs des niveaux collégial et universitaire, des regroupements de chercheurs, des organismes subventionnaires et des organismes de promotion de la recherche.

5.2 La formation médicale et le rôle des CH affiliés

Les doyens des facultés de médecine se sont principalement exprimés sur les effets du contingentement dans les programmes de médecine spécialisée, sur le statut et le rôle des CH affiliés, de même que sur les conditions de la recherche médicale. Selon eux, le contingentement est établi à partir de données qui ne tiennent pas compte de nouvelles réalités comme le vieillissement de la population, la féminisation des effectifs médicaux et les modifications de la pratique médicale. Ainsi, la répartition des futurs médecins entre omnipraticiens (60 %) et spécialistes (40 %) ne reposerait sur aucune base scientifique.

D'après les doyens, le contingentement des postes d'entrée en spécialité est à l'origine de graves pénuries dans les CH. Même Montréal serait presque en situation de pénurie pour certaines spécialités, comme la médecine nucléaire par exemple. Le gouvernement a récemment octroyé 50 postes supplémentaires pour corriger la pénurie de médecins spécialistes en région éloignée mais seuls les médecins qui acceptent de travailler en région ont accès à cette formation. Les doyens évaluent pourtant que 90 % des besoins en région pourraient être satisfaits par des effectifs en médecine interne et en chirurgie générale plutôt qu'en « sur-spécialité ». Les facultés ont d'ailleurs par le passé tenté d'apporter des solutions à cette pénurie chronique d'effectifs en implantant en région des stages de formation en médecine spécialisée, en médecine interne, psychiatrie et médecine familiale par exemple. Ces tentatives se sont heurtées à la résistance de la Corporation professionnelle des médecins du Québec qui s'opposerait à tout programme de formation en région, arguant que les critères d'excellence ne pourraient y être respectés.

Le contingentement en médecine a provoqué une baisse importante des admissions aux études médicales. Selon les doyens, le contingentement a, de plus, principalement affecté les candidats québécois: on a diminué de 18 % l'admission de ces derniers en médecine alors que rien ne limite l'octroi de permis de pratique à des médecins étrangers entrés au Québec. D'après les doyens, ceux-ci devraient être soumis aux mêmes critères d'admission à la pratique que les étudiants québécois.

De concert avec les directeurs généraux des CH affiliés, les doyens décrivent le rôle de plus en plus important joué par ces établissements dans la formation des futurs médecins. La formation clinique en milieu hospitalier intervient de plus en plus tôt dans les programmes de formation médicale, comme c'est d'ailleurs le cas dans nombre d'autres disciplines. Autrefois orientée vers des stages d'observation, la formation exige aujourd'hui que les étudiants soient directement associés aux différentes étapes entourant le diagnostic et le traitement.

Cette mission d'enseignement génère des coûts de fonctionnement de 5 à 20 % supérieurs à la moyenne des CH selon qu'il s'agisse d'un CH partiellement ou totalement affilié. Ces coûts sont imputables au fait que ces CH reçoivent généralement des cas plus lourds et plus complexes, impliquant des durées de séjour prolongées et le recours à des technologies sophistiquées. Des structures d'accueil et d'encadrement des étudiants doivent aussi être mises en place. Les fonctions d'enseignement ont également pour effet de complexifier la mission traditionnelle de dispensation des soins: multiplication des tests et examens, durée de séjour, etc. Il importe donc, selon les doyens et les directeurs généraux, que la mission d'enseignement de ces CH soit pleinement reconnue par le Ministère, à la fois sur le plan du statut de ces établissements et sur le plan du financement.

L'absence de statut particulier des CH affiliés a aussi des conséquences sur les conditions de travail et le recrutement du corps professoral médical. Actuellement, ces établissements n'ont aucun moyen d'obliger les professionnels de la santé à participer à l'enseignement; ces tâches, de même que les tâches de recherche, ne font pas partie des critères d'embauche. De plus, les conditions de rémunération des activités d'enseignement laissent grandement à désirer: celles-ci ne sont pas toutes rémunérées de la même façon et un médecin qui assure moins d'encadrement de résidents et d'internes a une rémunération accrue puisqu'il a plus de temps à consacrer à ses patients.

Les doyens et directeurs généraux remettent en question également le type de rationalisation des ressources qui a cours actuellement. À leur avis, il est nécessaire de maintenir dans les CH affiliés des services du type cliniques externes et urgences, de façon à ce que les étudiants soient le plus possible en contact avec une gamme diversifiée de pathologies. Bien qu'un certain pourcentage de lits de soins de longue durée soit utile pour la formation des futurs médecins, ce pourcentage atteint, affirme-t-on, des niveaux démesurés dans certains CH. La part élevée de lits occupés par les malades chroniques ampute ainsi progressivement les chances d'admettre des patients dont les profils satisfont aux objectifs de formation des unités d'enseignement cliniques. Dans certains cas, cette situation va même jusqu'à compromettre l'existence des unités elles-mêmes. L'ensemble de ces facteurs fait en sorte que dans certaines spécialités, les étudiants ne reçoivent pas une formation adéquate.

Autre volet majeur de la mission des CH affiliés: la recherche. De l'avis des doyens et directeurs généraux, celle-ci n'y est toutefois pas suffisamment valorisée. D'une part, la Corporation professionnelle des médecins du Québec ne reconnaît que les fonctions cliniques dans l'apprentissage des résidents sans égard à leurs activités de recherche; d'autre part, le Ministère ne rémunère le résident que pour les soins qu'il donne et non pour sa contribution à la recherche. Le manque chronique de ressources consacrées au développement à long terme de la recherche et l'absence de continuité dans l'attribution des subventions imposent aux chercheurs un climat permanent d'insécurité. Sans compter que, selon ces représentants, les équipements et les services de soutien à la recherche seraient inadéquats dans la plupart des CH affiliés.

La reconnaissance d'un statut particulier pour ces établissements aurait également comme conséquence de favoriser la rationalisation du développement technologique. De par leurs fonctions et la compétence de leur personnel, les CH affiliés seraient en mesure d'expérimenter et de jauger les nouveautés technologiques. La situation actuelle, au contraire, encourage un développement anarchique et une compétition malsaine entre les établissements, tout en freinant certains processus souhaitables comme l'informatisation.

Finalement, les doyens estiment que la planification de la main-d'œuvre médicale demeure problématique. On déplore une certaine incompréhension entre les principaux acteurs concernés; aucune réelle concertation n'existerait entre les établissements du réseau, le MSSS, le MEQ, les facultés et la Corporation. Les décisions se prennent sans consultation, déclarent les doyens. Ceux-ci soulignent de façon particulière les difficultés de communication entre le MSSS et le MEQ, ces deux ministères ne réussissant pas à se départager clairement les responsabilités en matière d'enseignement et de recherche.

5.3 La formation en sciences infirmières

Certains responsables de programmes de formation universitaire en sciences infirmières estiment que leurs programmes sont fondés sur une analyse des besoins actuels et futurs en matière de santé. Les techniques de soins deviennent de plus en plus complexes. Les infirmières sont davantage appelées à assumer leurs fonctions de façon indépendante, et ce, dans de nouveaux contextes de travail: santé scolaire, santé communautaire, soins à domicile, etc. Il est aussi prévisible que le travail en équipe multidisciplinaire se répandra. Ces réalités nécessitent une vision plus globale de la santé et une connaissance non seulement des techniques mais aussi des principes scientifiques qui sont à la base de la pratique.

Selon ces responsables, les établissements reconnaissent de plus en plus la pertinence de la formation universitaire en sciences infirmières et tendent à augmenter le nombre de bachelières à leur emploi; certains CH exigent maintenant ce niveau de formation pour les postes de coordonnatrice ou d'infirmière-chef. Les milieux de santé communautaire, pour leur part, n'emploieraient aussi que des bachelières. Plusieurs étudiantes du DEC en techniques infirmières s'inscrivent à l'université avant même la fin de leur cours, dit-on. Or, pendant que la clientèle au baccalauréat augmente, les ressources diminuent à l'université et le MEQ n'est pas sensibilisé à cette réalité.

Ces responsables soulignent, par ailleurs, le « fossé énorme » qui existe entre le contenu de la formation et les conditions de travail faites aux diplômées. Ainsi,

l'approche globale en matière de santé, préconisée dans l'ensemble des programmes universitaires, ne pourrait se concrétiser dans le système actuel étant donné le modèle médical qui y prédomine, le morcellement des interventions, la lourdeur des tâches, le manque de personnel, le travail à temps partiel, les équipes volantes, etc. La formation insuffisante de certaines infirmières-chef nuirait aussi à l'approche globale des soins.

Les responsables de programmes universitaires soulèvent aussi les problèmes relatifs à l'organisation des stages et à la recherche. Bien que des progrès aient été réalisés dans certains CH, la plupart de ceux qui reçoivent des stagiaires sont plus disposés, dit-on, à offrir des services aux étudiants en médecine qu'à ceux de sciences infirmières. Le manque de chercheurs qualifiés, l'insuffisance de fonds et le peu d'intérêt et d'appui manifestés par les établissements sont autant de facteurs qui entravent le développement de la recherche en ce domaine. Pourtant, affirme-t-on, les besoins sont grands, et ce, tout spécialement dans le domaine des soins aux personnes âgées et aux malades chroniques.

Au niveau collégial, les enseignantes en soins infirmiers se disent conscientes de l'insatisfaction qui prévaut quant à la préparation des nouvelles infirmières à la réalité du travail. Une révision du programme en techniques infirmières a été entreprise pour remédier à cette situation; ce programme révisé est en expérimentation depuis 1982 dans trois collèges du Québec et son implantation dans les 39 autres collèges est prévue pour septembre 1987.

Les enseignantes ne croient toutefois pas que la formation va régler à elle seule tous les problèmes auxquels sont confrontées quotidiennement les infirmières. D'après elles, on met trop facilement le blâme sur la formation alors que ce sont les conditions de travail qui sont en cause. Par exemple, les débutantes qui sont souvent obligées de travailler au sein d'équipes volantes doivent apprendre, en un temps record, les protocoles de soins propres à plusieurs unités. On les affecte, dès leur arrivée, à des fonctions de chef d'équipe le soir et la nuit alors qu'elles n'ont pas appris à gérer du personnel et qu'elles doivent elles-mêmes être encadrées. La charge de travail ne leur permet pas de mettre en application leurs connaissances. Le travail à temps partiel dans plusieurs unités différentes ne facilite pas l'adaptation au milieu. Dans un tel contexte, il importe, pour les enseignantes en techniques infirmières, que les établissements adoptent une politique de formation en début d'emploi et de formation continue et qu'ils entretiennent une collaboration étroite avec les cégeps à cet effet.

5.4. La formation en médecine dentaire

Une faculté de médecine dentaire souligne le peu de place faite à la médecine dentaire dans le système de santé et relève un certain nombre de problèmes ayant trait principalement à la planification, au rôle des dentistes, au financement des soins et à la recherche.

L'absence d'une politique en santé dentaire empêche les facultés de planifier des programmes mieux adaptés aux besoins de la population. La situation est aggravée, selon cette faculté, par le nombre croissant de différents professionnels qui interviennent dans ce secteur sans que le rôle de chacun ne soit bien défini. Par ailleurs, les dentistes n'occupent pas toute la place qui devrait leur revenir au sein des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens.

De l'avis de cette faculté, il faudrait reviser le financement des soins dentaires. Actuellement, la gratuité des soins est réservée à certaines catégories d'enfants et aux bénéficiaires de l'aide sociale. Cependant, une étude de la RAMQ tend à démontrer que ce sont les enfants des parents les mieux nantis qui profitent le plus du système alors que d'autres clientèles dans le besoin sont complètement négligées. Les programmes de prévention instaurés par les DSC et les CLSC ont une portée trop restreinte, selon cette faculté, car ils ne s'appliquent qu'aux enfants du primaire.

La recherche, elle aussi, serait très déficiente en médecine dentaire, notamment sur le plan épidémiologique et en matière d'évaluation. De plus, les résidences multidisciplinaires sont en train de disparaître : elles n'existent plus que pour la chirurgie buccale et maxillo-faciale.

5.5 La formation en pharmacie

Une faculté de pharmacie est d'avis que le pharmacien pourrait davantage contribuer à l'information et à l'éducation du public et également jouer un rôle plus important dans le processus de contrôle des coûts des médicaments en milieu hospitalier. Conformément à cette vision du rôle du pharmacien, la faculté voudrait intégrer aux programmes de formation des stages en milieu hospitalier. Or, même si les universités ont donné un accord de principe sur cette question, le financement des stages n'est pas assuré.

Cette faculté déplore aussi que le sous-financement de la recherche en pharmacie empêche la constitution de « masses critiques » de chercheurs. Le développement de la recherche devra se faire en fonction de besoins définis comme prioritaires.

5.6 La formation et la pratique en service social

Des formateurs de niveau universitaire en travail social et des enseignants en technique d'assistance sociale décrivent un certain nombre de problèmes rattachés à la formation mais aussi à la pratique sociale dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Le regroupement de formateurs rappelle que la période de crise que traverse la société québécoise contribue à accroître la clientèle des travailleurs sociaux puisque celle-ci provient des couches les plus défavorisées de la population. Il faut même parler dorénavant « d'urgence sociale ». Malgré cela, les ressources humaines et financières en services sociaux font l'objet de coupures ; l'État songerait même à réviser les politiques de gratuité et d'universalité de certains programmes sociaux.

De plus, le « social » serait considéré dans le système comme « un appendice de la dimension médicale » et non comme un domaine en soi. Le regroupement de formateurs parle « de la dépendance des métiers du social ». Le processus de rationalisation des ressources et la bureaucratisation croissante du réseau a pour effet, disent ces formateurs, d'encourager l'application d'un modèle médical technocratique qui s'impose même dans le champ de la pratique communautaire : c'est, affirme-t-on, ce qu'on peut observer dans les CLSC. Si le réseau continue à accorder si peu d'importance au « social », on peut, selon eux, craindre le développement anarchique de toutes sortes de ressources alternatives précaires et bénévoles.

Le Ministère, quant à lui, effectue des changements importants dans le système sans consulter les personnes qui sont responsables de la distribution des services. Le cadre de partage des responsabilités CSS — CLSC en est un exemple flagrant, selon ces formateurs. On a voulu changer le mode de distribution des services en effectuant des transferts de personnel. À leur avis, cela a fait régresser le réseau de 15 ans.

La désinstitutionnalisation ne peut se faire, non plus, sans consultation et sans recherche. Des études prouvent, d'après ces formateurs, que si la désinstitutionnalisation ne s'accompagne pas de mesures appropriées, les bénéficiaires finiront par retourner en institution. Ce mouvement doit donner naissance à une nouvelle approche basée sur l'interaction entre l'individu et son milieu; il nécessite de grands changements dans la forme actuelle de distribution des soins.

Le regroupement identifie également des lacunes dans la formation des travailleurs sociaux, les principales étant l'écart entre la formation et les besoins du milieu, le cloisonnement entre l'intervention individuelle et l'intervention collective, la faible place de la pratique dans l'apprentissage et l'absence de préoccupations en matière de gestion. De plus, les liens établissements-universités sont très faibles et les établissements font peu de choses en matière de formation.

Par ailleurs, de plus en plus de travailleurs sociaux sont conscients de la nécessité de la recherche pour faire avancer la pratique. Or ceux-ci se butent à « l'élitisme » de certains bailleurs de fonds : les travailleurs sociaux privilégient avant tout la recherche-action qui permet de construire un « savoir renouvelé » alors que ce type de recherche n'est valorisé ni par les pouvoirs publics ni par les universités. Le gouvernement n'est intéressé, selon le regroupement, qu'à la cueillette d'informations pour des fins de planification et de gestion, tandis que l'université continue de transmettre un savoir livresque.

Les enseignants en techniques d'assistance sociale œuvrant au niveau collégial soulignent, quant à eux, l'alourdissement des clientèles, la bureaucratisation de plus en plus forte qui centralise et uniformise les programmes et les budgets et empêche l'innovation dans les milieux de pratique. Le personnel n'est pas consulté et les budgets ne servent pas suffisamment à l'intervention directe.

L'existence des situations difficiles dans les établissements a des répercussions sur l'enseignement. Ainsi, les établissements n'ont pas de politique pour faciliter l'encadrement des stagiaires. Les professionnels qui acceptent, malgré tout, de faire de la supervision ont donc une tâche très lourde. Les enseignants, pour leur part, sont placés dans une situation de quémandeur vis-à-vis du réseau qui ne se reconnaît pas de responsabilité dans la formation de ses futurs employés. Les stages sont donc difficiles à organiser; dans ce contexte, les tentatives d'innovation ne sont pas bien accueillies et le suivi des stagiaires est très inégal d'un établissement à l'autre.

L'absence de collaboration entre le réseau et le milieu de l'enseignement se manifeste aussi par l'impossibilité pour les enseignants d'aller se retremper dans les milieux de pratique. De même en est-il pour le praticien qui voudrait faire bénéficier les étudiants de ses acquis en enseignant quelque temps. De part et d'autre, on se prive d'une expertise précieuse. De plus, il est difficile

pour les enseignants en région d'aller se ressourcer; les frais sont énormes. La qualité de l'enseignement souffre donc de cette double contrainte.

Les techniciens en assistance sociale ne sont pas reconnus à leur juste valeur, affirment ces enseignants. Leur placement est de plus en plus difficile. Quelques-uns travaillent dans le réseau; d'autres bénéficient de projets de quelques mois; certains créent leur propre emploi ou s'impliquent « dans le communautaire » comme bénévole. Aussi, le taux de non-emploi est-il très élevé dans cette catégorie de personnel.

5.7 La recherche bio-médicale

Divers organismes (organismes subventionnaires, clubs ou groupes de chercheurs, sociétés de promotion de la recherche et de lutte contre des maladies) ont insisté sur l'importance de la recherche pour l'amélioration de la qualité de vie de la population.

Les facteurs qui déterminent l'état de santé des populations diffèrent d'une société à l'autre. Les facteurs biologiques, les habitudes de vie, l'environnement et l'organisation des services sociaux et sanitaires sont autant de déterminants de la santé qui interagissent. Aussi les recherches fondamentales, cliniques, épidémiologiques et évaluatives ont toutes un rôle à jouer pour faire avancer la connaissance de l'état de santé des Québécois: tel est l'avis exprimé par un organisme subventionnaire.

Cet organisme estime cependant qu'au Québec, plusieurs secteurs pourtant jugés essentiels sont négligés, soit à cause d'un manque de chercheurs qualifiés, soit à cause d'un manque de fonds. Ce serait le cas de la recherche sur les handicaps génétiques et sur la réadaptation des handicapés en cause. S'ajoutent la recherche sur les accidents de la route et les accidents du travail, de même que la recherche sur la réinsertion sociale des accidentés en cause. La recherche en santé mentale ferait également preuve d'importantes lacunes. Finalement, le phénomène du vieillissement devrait susciter davantage d'études. L'organisme déplore, par ailleurs, le peu de développement de certaines méthodologies de recherche comme c'est le cas en épidémiologie, en recherche clinique et en recherche évaluative.

Selon cet organisme, la recherche en santé est grandement compromise par l'incertitude et l'insuffisance des budgets. On ne peut planifier des activités de recherche sans savoir si le financement sera adéquat et constant. De plus, la *Loi favorisant le développement scientifique et technologique du Québec* ne favorise pas la collaboration entre les organismes publics et privés en ne permettant pas de financement conjoint.

Le manque de chercheurs qualifiés au Québec suscite également des inquiétudes. Les jeunes chercheurs vont fréquemment parfaire leur formation à l'étranger à l'aide de bourses québécoises. Comme ils ne peuvent, par la suite, s'intégrer facilement dans une équipe scientifique québécoise, ils choisissent souvent de s'établir à l'étranger, ce qui constitue une double perte pour le Québec.

L'absence de concertation et de coordination entre les chercheurs, les milieux universitaires et les organismes subventionnaires est aussi identifiée comme un des problèmes majeurs de la recherche en santé. Cette situation nuit au développement de la recherche et peut même avoir des conséquences

insoupçonnées. Ainsi, les administrateurs d'établissements se fient fréquemment, pour prendre des décisions, aux résultats de recherches effectuées en milieu clinique. Or, ces résultats ne sont le plus souvent pas soumis à l'approbation de la communauté scientifique et n'offrent donc, selon cet organisme, aucune garantie de rigueur intellectuelle. À l'inverse, les études faites en milieu universitaire ont peu d'impact sur la pratique : le transfert des connaissances de la recherche fondamentale à la recherche clinique se ferait difficilement. Une collaboration plus étroite entre les établissements et les universités éviterait, espère-t-on, ce gaspillage de temps et de ressources.

Un regroupement de chercheurs en sciences bio-médicales déplore, pour sa part, l'absence de conditions favorables au développement de la recherche en milieu hospitalier. Les cliniciens, affirme-t-on, ne sont pas incités à assumer des tâches de recherche compte tenu du mode de rémunération, les actes rémunérés étant passablement plus lucratifs que les activités de recherche. De plus, l'absence de plan de carrière pour les chercheurs rend difficile leur recrutement alors que le vieillissement des effectifs de professeurs-chercheurs est notoire.

Bref, les CH affiliés offrent un climat peu propice à la recherche : les chercheurs ne sont pas regroupés et il n'y a pas de « vie interne » de recherche ; les communications entre médecins et chercheurs laissent à désirer, etc. Ces chercheurs pensent finalement que les CH affiliés sont plutôt des « hôpitaux généraux déguisés ». À leur avis, le Fonds de recherche en santé du Québec s'oriente dans la bonne voie en tentant de constituer des « masses critiques » de chercheurs dans un nombre limité de CH et en implantant des centres de recherche. Le gouvernement devrait également encourager le développement de la recherche en reconnaissant aux CH affiliés l'imputation des coûts de fonctionnement rattachés à cette mission.

5.7.1 La lutte contre le cancer

Un organisme met en lumière l'absence de planification dans la lutte contre le cancer au Québec. En effet, aucun plan ne coordonne toutes les énergies investies dans cette lutte. Chaque établissement y va de ses propres initiatives, minimisant ainsi les résultats et accroissant les coûts.

Contrairement aux autres provinces, le Québec n'a pas établi de législation pour encadrer la lutte contre le cancer ; celle-ci n'est pas une priorité gouvernementale. Il n'y a pas de centre spécialisé en oncologie au Québec ; le patient est traité dans des « cliniques de tumeurs » et le médecin n'a pas l'obligation de déclarer que son patient est atteint de cancer. Même si le traitement exige l'intervention d'une équipe multidisciplinaire, le choix du traitement est laissé au seul jugement du médecin traitant. Les universités ne sont pas plus sensibilisées à ce problème puisqu'il n'y a que deux universités qui offrent des cours pré-gradués en oncologie. Les autres disciplines concernées par la lutte contre le cancer (diététique, nursing...) y touchent peu ou pas du tout.

Ce même organisme souligne le faible développement de la recherche fondamentale et clinique sur le cancer au Québec. Des fonds tant publics que privés servent à la recherche sur le cancer. Des chercheurs sont de plus en plus intéressés à s'impliquer dans cette lutte. Or, l'absence de coordination des ressources humaines et financières cause un tort considérable au développement des connaissances. Cela se répercute directement sur les soins aux malades.

5.7.2 La recherche en santé mentale

Un autre secteur de recherche jugé prioritaire est celui de la santé mentale et des maladies mentales. Ces dernières constituent, pour plusieurs organismes, un phénomène alarmant au Québec. Elles entraînent des pertes importantes à tout point de vue. Les maladies mentales sont celles qui coûtent le plus cher au gouvernement alors que, paradoxalement, ce sont elles qui reçoivent le moins de subventions pour la recherche.

La recherche en santé mentale est mal structurée et elle manque de leadership, affirme une association œuvrant dans ce domaine. Les chercheurs sont peu nombreux et même les universités n'encouragent pas les candidats à se diriger dans cette voie. Le gouvernement subventionne peu le chercheur qui veut aller se spécialiser à l'étranger. De plus, le chercheur n'a pas de sécurité d'emploi et a un revenu très inférieur au clinicien.

Les fonds de recherche en santé mentale sont principalement destinés aux projets d'ordre bio-médical. Face à cette situation, l'Association souhaite que se manifestent, en ce domaine, des orientations claires et des choix de priorités qui permettent d'évaluer les projets au mérite et de privilégier ou de consolider les recherches effectuées par des chercheurs de carrière.

5.7.3 Alcoolisme et toxicomanies

Des chercheurs universitaires s'inquiètent du fait que les divers professionnels qui ont à intervenir en alcoolisme et toxicomanies (médecins, psychologues, travailleurs sociaux et autres) n'aient pas de préparation adéquate. La politique de prévention qu'on a tenté d'appliquer au Québec a été mal pensée, selon eux, et les efforts déployés en ce sens ont souffert d'un manque de coordination.

Beaucoup de recherches se font sur les drogues dans les universités, mais aucune ne permet à l'État d'avoir des données fiables pour prendre des décisions éclairées en santé publique. La recherche se fait sans ligne directrice. Selon ces chercheurs, on essaie de trouver des réponses à des problèmes qu'on a mal identifiés. Le Québec va à l'encontre de tous les autres pays dans ce domaine, affirme-t-on: alors que dans le monde, on se soucie de plus en plus des conséquences de la consommation d'alcool et de drogues, le Québec a aboli son organisme de surveillance en 1975 (OPTAT) et il n'a plus aucun organisme-conseil en cette matière.

5.7.4 Les maladies héréditaires

La présence au Saguenay-Lac St-Jean de plusieurs maladies héréditaires a incité universitaires et médecins à se regrouper pour lutter efficacement contre ces maladies d'ailleurs reconnues comme un autre secteur prioritaire par le Fonds de recherche en santé du Québec. Ces professionnels réclament un meilleur soutien de la part du Ministère de façon à assurer le dépistage, l'information, le traitement et la recherche en ce domaine.

5.8 La recherche sociale

Un organisme subventionnaire fait valoir l'importance de la recherche sociale pour les décideurs politiques et décrit les difficiles conditions d'exercice qui prévalent dans ce secteur.

Selon l'avis de l'organisme, c'est la recherche sociale, faite en lien étroit avec les milieux, les décideurs et les ministères, qui permet de procéder à une lecture adéquate des besoins manifestés par les personnes, les groupes et les organismes, qui permet aussi de déterminer le type d'approche le plus approprié,

de choisir les moyens d'intervention et d'évaluer les résultats obtenus. La recherche sociale éclaire donc les choix sociaux. De plus, la recherche sociale permet de tirer profit des expériences faites de façon à améliorer la pratique sociale et à l'adapter aux situations nouvelles.

Par contre, ce secteur de recherche souffre d'un sous-développement relatif et se bute à de nombreuses difficultés. Il n'existe pas, au Québec, de véritable centre de formation en recherche sociale. Cette lacune est particulièrement aiguë, selon l'organisme subventionnaire. Les programmes existant dans le domaine de l'intervention sociale sont, ou bien des programmes de formation professionnelle qui ne préparent pas à la recherche, ou bien relèvent de départements qui ont peu de contact avec les milieux de pratique.

À l'inverse de ce qui se passe dans le secteur des sciences de la santé, il serait difficile de faire carrière en recherche sociale : les bourses post-doctorales pouvant stimuler la recherche sont quasi inexistantes et les lieux de recherche sont trop souvent coupés des lieux de pratique ou d'intervention.

Du point de vue des méthodologies, la recherche sociale appliquée est complexe car elle exige, en cours de démarche, la prise en compte de l'évolution de l'objet de recherche. Ainsi, les modes traditionnels d'exécution de travaux de recherche sont souvent inadéquats et les chercheurs sociaux doivent sans cesse innover. De plus, les méthodes d'analyse et d'évaluation des problèmes sociaux diffèrent des méthodes s'appliquant aux questions de santé. La méthode de recherche-action en est un exemple.

La recherche sociale trouve, de surcroît, difficilement sa place dans les structures subventionnaires traditionnelles parce qu'elle doit être faite en liens étroits avec les milieux de pratique et, en même temps, parce qu'elle est, de par sa nature même multidisciplinaire et intersectorielle.

Finalement l'organisme conclut que le sous-financement chronique de la recherche sociale traduit l'absence de volonté politique de promouvoir ce secteur de recherche.

VI — Les médecines douces et les pratiques alternatives

6.1 Présentation

Les organismes traitant des médecines douces ont soumis vingt représentations écrites à la Commission et treize organismes ont été rencontrés lors de la consultation.

Parmi ces organismes, on compte un certain nombre d'associations représentant diverses disciplines telles que l'acupuncture, le massage, la naturopathie, la naturothérapie, l'orthothérapie, la phytothérapie et la réflexologie. D'autres regroupent des praticiens et praticiennes à la fois du milieu alternatif et du milieu traditionnel qui se sont donnés pour mandat de promouvoir les échanges entre ces deux milieux et de favoriser des actions concertées. D'autres encore regroupent uniquement des praticiens et praticiennes du milieu traditionnel qui utilisent des approches alternatives. Enfin, certaines associations ne regroupent que des consommateurs. Aussi diversifiées que puissent être ces associations, elles s'inscrivent toutes dans une philosophie de santé intégrale, de prévention et de promotion de la santé.

En plus de ces organisations, deux regroupements provinciaux de sages-femmes ont soumis des représentations écrites à la Commission et l'ont rencontrée lors de la consultation. Même si certaines revendications des sages-femmes se rapprochent de celles des praticiens des médecines douces, les sages-femmes insistent sur le fait que leur pratique se distingue des pratiques thérapeutiques « douces » en ce qu'elle concerne un processus naturel et non pas des dysfonctionnements.

6.2 Finalités du système et politique de santé

Selon les tenants des médecines douces, les facteurs débilitants de la santé sont directement liés aux mauvaises habitudes de vie telles le tabagisme, l'alcoolisme, le sédentarisme, la consommation de drogues, de même qu'aux conditions de travail et au manque d'appartenances sociales quelles qu'elles soient. Une nutrition inadéquate, aux carences multiples, constitue un facteur débilitant de première importance. Malheureusement, ajoute-t-on, le contexte actuel n'incite pas la médecine à remonter aux causes premières des problèmes de santé, c'est-à-dire au mode de vie. Le système de santé lui-même serait démuni devant les maladies de dégénérescence qu'on appelle aussi les « maladies de civilisation ».

Ces organismes ajoutent qu'au-delà de toutes les souffrances individuelles qu'il importe de prévenir, de supprimer ou d'atténuer ponctuellement, la santé est un patrimoine collectif dépendant d'une somme de facteurs personnels, familiaux, culturels, sociaux, environnementaux, économiques et politiques. L'État a un rôle à jouer quant à certains de ces facteurs. Mais la population en a également un, tout aussi important, que l'État se doit d'appuyer. Si on veut que s'améliore l'état de santé de la population, il va obligatoirement falloir lui en donner les moyens.

Les tenants des médecines douces jettent un regard critique sur certains aspects du fonctionnement du système de santé. Ainsi, ils considèrent que l'état de santé de la population québécoise ne rend pas compte des sommes investies dans le système. Celui-ci est presqu'essentiellement axé sur la maladie compte tenu que seulement 5 % du budget est consacré à la prévention, 71 % au curatif et le reste, c'est-à-dire 24 %, à la réadaptation. L'accent mis sur la haute technologie et sur la sophistication de l'équipement médical nuit au développement de politiques ou programmes d'éducation et de prévention.

Les praticiens des médecines douces déplorent que le milieu médical allopathique (c'est-à-dire « classique » ou traditionnel) détienne le monopole des interventions en santé. La pratique médicale traditionnelle privilégie l'approche mécaniste et chimique dans ses thérapeutiques ; elle médicalise la vie de la naissance à la mort et elle ne reconnaît à peu près pas la notion de globalité de l'être. Plusieurs des éléments structurels du système ont pour effet d'entretenir la dépendance et la passivité des gens vis-à-vis de la médecine : il en est ainsi du corporatisme et de la tendance poussée à la surspécialisation, de la survalorisation des technologies et de l'orientation de la formation reçue par les professionnels de la santé.

De plus, le mode de rémunération à l'acte apparaît désuet et il devrait être repensé. De l'avis des organismes, ce mode de rémunération favorise la multiplication des actes médicaux parfois inutiles et qui ont à l'occasion des conséquences néfastes comme les maladies iatrogènes, maladies qui sont provoquées par le médecin lui-même. Ce système de rémunération, ajoute-t-on, est inflationniste.

Certains établissements du réseau ne joueraient pas non plus leur rôle à plein. Il s'agit en particulier des DSC et des CLSC qui devraient être encouragés à remplir leur mission en ce qui concerne la promotion de la santé, l'éducation populaire et la recherche en santé communautaire. Ces établissements devraient davantage contribuer à mettre sur pied des équipes multidisciplinaires.

Un véritable système de santé doit être axé sur la santé dans sa globalité et ne consiste pas uniquement en une politique de distribution de soins. La santé est une expérience totale qui ne se restreint pas à « l'absence de maladie ». Ainsi, plusieurs estiment qu'une politique de la santé devrait s'articuler autour de trois grandes orientations : une législation sévère garantissant la qualité et la salubrité de l'environnement ; un programme de promotion et d'information visant autant les intervenants que la population et proposant une nouvelle approche de la santé et une reconnaissance du rôle actif de la personne comme facteur déterminant tant en ce qui concerne le maintien de la santé qu'en ce qui concerne la guérison. En conséquence, la part du budget attribuée à la prévention et à la promotion

de la santé devra être augmentée. La politique de la santé devra s'orienter en fonction de la démédicalisation et de la désinstitutionnalisation dans la mesure où, par ailleurs, on ne diminuera pas la qualité des services et où l'on apportera à la communauté tous les soutiens nécessaires. La décentralisation ainsi que le travail en équipe multidisciplinaire, y compris des praticiens des médecines douces, devront être favorisés. Cela nécessitera la révision des lois et structures professionnelles, la modification des modes de rémunération des professionnels de la santé et la formation de véritables « généralistes » de la santé. Tous s'entendent sur le fait que la libéralisation des médecines douces serait une des meilleures solutions pour assainir le système de santé.

Confronté aux limites de la médecine officielle, au mouvement préconisant la prise en charge de la santé par la population elle-même, à la recherche de thérapies réellement efficaces, le système de santé devra d'une part permettre aux gens de faire des choix en leur offrant des alternatives, et d'autre part il devra concevoir l'ensemble des soins à dispenser en fonction d'une approche holistique de la santé. Dans cette approche on considère la santé et la maladie comme deux pôles complémentaires ayant chacun un rôle important à jouer dans l'évolution de l'individu. On ne conçoit donc pas la maladie comme un mal à éliminer à tout prix. L'approche holistique n'accorde à aucune discipline, technique ou philosophie l'exclusivité sur les pratiques ni même la primauté par rapport aux autres. Le champ de la santé est très vaste et ne peut être efficacement couvert que par l'ensemble de ces disciplines qui devraient agir comme un réseau interrelié. Dans ce cadre, il importe que la science médicale se voit attribuer sa juste place.

6.3 Reconnaissance et légalisation des médecines douces

Il existerait au Québec, selon ces organismes, environ 3 000 praticiens des médecines douces appliquant une ou plusieurs des nombreuses thérapies connues. Des sondages auraient révélé que près d'un demi-million de personnes recevraient de tels soins de santé non gratuits ; en effet, chaque année, les clients paieraient des millions de dollars pour avoir accès à ces thérapies. Le travail au noir est important dans ce secteur, mais surtout, disent les promoteurs des médecines douces, ces pratiques se déroulent soit dans un climat d'illégalité, soit sous le « joug de la profession médicale » comme c'est le cas pour l'acupuncture. Actuellement, de nombreux praticiens seraient injustement poursuivis par la Corporation professionnelle des médecins pour exercice illégal de la médecine.

Ainsi, disent les tenants des médecines douces, on voit des massothérapeutes, des réflexologues ou des ostéopathes opérant des manipulations inoffensives, de même que des naturopathes, des homéopathes ou des phytothérapeutes utilisant des produits naturels non toxiques et sans effets secondaires, soulager des douleurs ou même éliminer complètement des maux chroniques que la science médicale s'est avérée impuissante à traiter efficacement et être récompensés de leur succès par une condamnation à verser une amende à la Corporation professionnelle des médecins. Ces poursuites, dit-on, ne servent nullement l'intérêt du public mais visent à sauvegarder le monopole des médecins.

L'existence de ce monopole, affirme-t-on, ne se justifie pas. Elle appauvrit la société dans son ensemble en réduisant la possibilité de choix des consommateurs et en empêchant le développement de la recherche sur la prévention et les thérapies alternatives. Toute collaboration entre médecins et praticiens alternatifs est

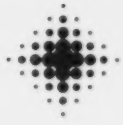
également contraire au code de déontologie des médecins. Selon ces organismes, un nombre de plus en plus important de médecins déroge à ce code.

D'autres exemples illustrent le monopole exercé par la profession médicale. Les acupuncteurs se disent actuellement soumis à des tracasseries administratives coûteuses et inutiles qui ont pour origine le *Règlement sur l'exercice de l'acupuncture par des personnes autres que des médecins*. Les sages-femmes, quant à elles, voient l'exercice de leur profession grandement restreint. La cause en est la non-reconnaissance de leur pratique par le système de santé du Québec. Leur rôle pourrait pourtant se révéler crucial dans le développement de nouvelles attitudes à l'égard de la maternité, de l'hygiène et de la santé. Le réseau hospitalier pourrait de plus retirer de la présence des sages-femmes des avantages certains en termes d'efficacité, de rentabilité et de rendement. Les sages-femmes s'entendent pour dire qu'elles aident les femmes à vivre l'expérience de la maternité comme elles le désirent. Selon elles, la sage-femme est la seule membre de l'équipe périnatale dont la formation, l'expérience et l'intérêt soient entièrement centrés sur les soins aux mères et aux bébés. Le temps passé auprès des familles, disent-elles, met la sage-femme dans une position privilégiée pour s'assurer du bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement, pour déceler les premiers signes d'une complication, pour intervenir avant qu'elle ne s'aggrave et en référer au besoin au professionnel approprié. Les sages-femmes considèrent que cette attention portée à tous les aspects de la maternité, tant psychosociaux que physiques, distingue la pratique des sages-femmes de la pratique des médecins et lui a gagné sa réputation internationale de sécurité.

Certains professionnels du réseau réclament, quant à eux, le droit d'appliquer en milieu institutionnel une approche holistique des soins et de pratiquer ouvertement diverses thérapies alternatives (yoga, polarité, massage, réflexologie, etc.). Le bénéficiaire devrait pouvoir choisir les traitements qu'il juge les plus appropriés à son cas. C'est là une des positions de principe sur laquelle s'appuient tous les tenants des médecines douces : le consommateur ou client prend une part active au maintien et au rétablissement de sa propre santé ; à ce titre, il doit avoir le libre choix de la médecine qui lui convient.

En conclusion, les associations défendant les médecines douces réclament qu'une nouvelle loi définisse ce qui doit relever de la pratique médicale exclusive et proposent qu'on laisse s'appliquer pour les autres pratiques la loi du libre marché, sans subordination médicale. Les règles régissant l'offre et la demande sont, affirment ces groupes, la meilleure garantie de protection du public car elles se chargent de départager les thérapeutes compétents des autres.

De plus, ces associations entendent fixer elles-mêmes des exigences pour la formation de leurs membres. Ainsi, la plupart souhaitent qu'il s'établisse un consensus pour élaborer un programme global à l'intention des personnes qui veulent pratiquer des thérapies alternatives. Certaines matières telles la biologie, la microbiologie, la microchimie, etc., devraient faire partie d'un tronc commun. Pour la partie de la formation qui concerne le traitement, les cours seraient distincts en fonction de chacune des disciplines. D'autres mesures proposées vont aussi dans le sens d'accroître la protection du public, qu'il s'agisse de la création d'un organisme légal de surveillance ou de la professionnalisation de certaines pratiques.



VII — Divers acteurs socio-économiques

7.1 Les organisations syndicales

7.1.1 Présentation

Les organisations syndicales ont soumis à la Commission au-delà de vingt représentations et l'ont aussi rencontrée lors de la consultation nationale et régionale à une vingtaine d'occasions. Les centrales syndicales québécoises que sont la CSN, la FTQ et la CEQ ont participé à la consultation nationale alors que la CSN s'est en plus présentée dans toutes les régions du Québec et est intervenue sur un grand nombre de sujets.

7.1.2 Les finalités et les objectifs des services de santé et des services sociaux

Les organisations syndicales sont unanimes à affirmer que le Québec bénéficie d'un régime universel, accessible et en bonne partie gratuit. C'est là un acquis majeur pour la population. Il ne faut donc réviser le système que pour l'améliorer, sans modifier les principes qui le gouvernent. Ce système favorise l'équité et la justice sociale et il est un instrument de redistribution de la richesse. Des études auraient démontré, par exemple, l'impact bénéfique de l'assurance-maladie sur la santé des individus les plus défavorisés.

Plus que jamais, estiment les organisations syndicales, l'État doit prendre ses responsabilités, particulièrement vis-à-vis des plus démunis de la société. Certains se rallient explicitement au mot d'ordre lancé par l'Organisation mondiale de la santé: « La santé pour tous en l'an 2 000! ». Les raisons qui justifiaient l'intervention de l'État à la fin des années 1960, et qui ont conduit à l'instauration d'un régime public d'assurance-maladie, sont toujours d'actualité. Les principes d'accessibilité et d'universalité doivent demeurer les pivots des politiques de la santé et des services sociaux. Deux grandes lignes directrices devraient guider toute réforme du système: premièrement la réduction des inégalités face à la maladie et à la mort, et deuxièmement, la démocratisation du système qui est une condition nécessaire à l'appropriation par chacun de sa santé.

Les organisations syndicales ont adopté une approche large du concept de santé, une approche que l'on peut qualifier de multi-sectorielle. Ainsi, certains considèrent que les conditions de vie et de travail sont en grande partie à la source des problèmes de santé et des problèmes sociaux. Le travail est cause d'accidents, de maladies, de stress, etc. . L'environnement de plus en plus pollué

engendre de nouveaux problèmes de santé. Enfin, les mutations sociales rapides ont démantelé les réseaux traditionnels de soutien et sont la source de problèmes tels que l'isolement, le stress et les troubles psychosociaux.

D'autres insisteront sur les corrélations ou interactions de plus en plus évidentes entre la condition socio-économique des individus et leur état de santé. En d'autres termes, la répartition de la richesse a une incidence certaine sur l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé. On dira ainsi que les personnes à bas revenus ont beaucoup plus de chances d'être en mauvaise santé que les personnes à hauts revenus. Si on veut parvenir à une certaine égalité devant la santé, une lutte énergique contre la pauvreté s'impose toujours, incluant une meilleure redistribution de la richesse de même qu'une politique de plein emploi.

Les porte-parole des organisations syndicales ont, de plus, mis de l'avant une philosophie d'intervention axée sur la prévention tant dans le domaine social que dans le domaine de la santé. « La prévention est à l'ordre du jour » diront certains. D'autres constatent que notre système de soins est essentiellement centré sur l'hôpital, sur la médecine spécialisée, sur l'intervention « lourde » et sur le curatif. Le système est « hospitalocentriste » en ce qu'il néglige les activités en amont, c'est à-dire la prévention et la promotion de la santé, et en aval, la réadaptation et la réinsertion sociale. De plus, le système dans son organisation et ses structures procède d'un cloisonnement presque « caricatural » entre le social et le médical. Il va falloir, disent ces organisations, « changer radicalement notre conception de la médecine ».

En somme, une véritable politique de la santé déborde largement les seuls domaines de la santé et des services sociaux. Un examen approfondi de notre système s'impose si on entend réviser l'équilibre entre sa dimension médicale et sa dimension sociale, entre ses activités à caractère curatif d'une part, et ses activités de promotion de la santé, de prévention et de réadaptation d'autre part. Un tel rééquilibrage doit, selon les syndicats, se faire par ajouts dans les secteurs faibles, sans ponction dans le secteur des soins médicaux.

Finalement, les organisations syndicales considèrent que les actuelles remises en question des fondements du système que sont l'universalité et la gratuité menacent les progrès réalisés en matière d'accessibilité. Elles s'opposent à toute forme de privatisation, partielle ou totale, du système parce que celle-ci réduirait l'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux d'une partie de la population ; elle ouvrirait la porte au développement d'une « médecine de riches » et risquerait d'entraîner la dégradation de la qualité des soins prodigués par le secteur public. Les organisations syndicales sont aussi unanimes à s'opposer au « ticket modérateur », à la « surfacturation » ainsi qu'à la privatisation de la gestion et à la sous-traitance. Elles considèrent, toutes, que le caractère public du système de santé comporte une garantie d'équité, qu'il est un acquis important pour notre société, acquis qu'il faut consolider et perfectionner.

Les organisations syndicales favorisent plutôt un élargissement de la couverture des soins et services par le régime public d'assurance-maladie. Ainsi, on juge que les services qui ne sont pas encore couverts ne sont pas un « luxe », mais un complément nécessaire aux services déjà assurés. On dira aussi que la prise en charge par l'État des coûts qui sont encore défrayés par les individus

permettrait de faire un pas de plus vers l'accessibilité et la démocratisation. Les services dont il est question sont : les soins dentaires, les médicaments, les prothèses, les services ambulanciers et les services non-assurés de certains professionnels (chiropraticiens et autres). Certains souhaitent que ces services soient couverts graduellement par l'assurance-maladie, « même si cela implique une augmentation du prélèvement fiscal ».

7.1.3 Les besoins en services de santé et en services sociaux

De l'avis des organisations syndicales, il existe dans notre système de « sérieux déséquilibres » entre les besoins identifiés et les ressources disponibles. Il faudra, affirment-elles, consentir des efforts supplémentaires et investir davantage pour combler les attentes.

- **Les jeunes**

L'augmentation de la pauvreté et du chômage chez les jeunes, l'éclatement du cadre familial traditionnel et les bouleversements au sein du monde scolaire sont autant de phénomènes qui exigent que soit repensé complètement l'ensemble des politiques sociales à l'égard des jeunes.

Faute de moyens adéquats, le réseau de services sociaux ne peut intervenir auprès des jeunes que lorsque ceux-ci sont en situation de crise : délinquance, violence familiale, tentative de suicide, etc. En nombre insuffisants et surchargés de travail, les intervenants sociaux et communautaires des CLSC et des CSS ne sont plus en mesure, selon les syndicats, d'assumer leur rôle primordial de prévention auprès des jeunes. Les services psychosociaux en milieu scolaire sont inadéquats ; l'insuffisance de personnel et l'augmentation de la clientèle ne permettent pas aux professionnels de procéder au dépistage ni même d'intervenir de façon précoce afin d'améliorer la situation des jeunes qui éprouvent des problèmes de comportement ou des problèmes émotifs. Ce sont maintenant des organismes à but non lucratif, extérieurs au réseau gouvernemental et toujours à la merci de subventions incertaines qui doivent aider au développement de la jeunesse.

Ces organismes ne doivent pas servir de substitut aux établissements publics mais être traités en partenaires qui contribuent, dans leur champ propre, à améliorer l'état de santé des jeunes.

- **Les personnes âgées**

Les personnes âgées ont à souffrir de conditions de vie qui menacent leur santé et leur dignité. Pour nombre d'entre elles, le niveau de revenu est nettement insuffisant, les conditions de logement sont mauvaises et l'alimentation inadéquate. Elles se sentent dévalorisées de ne plus pouvoir accomplir certaines activités quotidiennes. Les médecins leur prescrivent jusqu'à trois fois plus de médicaments qu'à toute autre personne. La solitude est souvent leur lot, à un point tel que l'on estime que 50 % des problèmes de santé mentale des personnes âgées sont reliés à des dépressions. Elles sont également victimes de violence (assauts verbaux, abandon familial, institutionnalisation forcée, menaces, chantage, vols, abus d'autorité et de confiance, etc.).

Les syndicats identifient, par ailleurs, plusieurs des insuffisances importantes du réseau à l'égard des personnes âgées : aide inadéquate aux organismes bénévoles

et communautaires, services à domicile, insuffisants en variété et en nombre, manque de centres de jour ou de ressources externes, absence de ressources d'accompagnement et d'hébergement temporaire, développement incomplet des CLSC et inégalités dans la distribution de leurs services, pénurie de « ressources en logement », etc.

On conclut donc à l'urgence d'investir dans ce domaine, en précisant qu'il est indispensable de miser sur la lutte contre la pauvreté et sur la mise en place d'un régime de revenu minimum garanti.

- **Les femmes**

De l'avis des organisations syndicales, la dépendance économique des femmes constitue la source principale des problèmes rencontrés par ces dernières. De plus, les femmes sont victimes de discrimination et d'abus de toutes sortes dans le système de santé. On en donne pour exemple le fait qu'elles subissent deux fois plus de traitements psychiatriques que les hommes, la surmédicalisation en général ainsi que la médicalisation croissante de l'accouchement, phénomène résultant de la rémunération à l'acte des médecins et de la non-reconnaissance des sages-femmes, etc.

Le réseau doit également réaliser que les femmes ont des besoins spécifiques et que ceux-ci se manifestent parfois avec une acuité nouvelle. Les services offerts aux femmes victimes de violence sont généralement mal connus, de qualité inégale et souvent inaccessibles en dehors des grands centres. Dans le cas de l'avortement, on assisterait actuellement à une détérioration des services existants et peu d'efforts seraient consentis en matière d'éducation sexuelle auprès des jeunes. Les besoins en services de garde ont été aussi fréquemment soulignés.

- **La réinsertion sociale des déficients intellectuels**

Les organisations syndicales qui sont intervenues sur ce sujet disent « oui à la réinsertion sociale, non au dumping pur et simple ». Des conditions sont essentielles pour assurer le succès de la désinstitutionnalisation, mais actuellement, celle-ci est trop souvent la conséquence de décisions strictement économiques et administratives, affirme-t-on. La sortie de l'institution se ferait de façon désordonnée, sans préparation suffisante et sans qu'on ait prévu de milieu transitoire entre l'établissement et le milieu de vie naturel. On diffuse trop peu d'information.

Par ailleurs, les syndicats craignent que certaines pratiques actuelles entourant la désinstitutionnalisation ne traduisent la volonté du gouvernement et des centres d'accueil de « transférer vers le domaine privé une partie de la responsabilité des services aux déficients mentaux ». L'appel au soutien de la famille et de la communauté, les nouveaux rôles des familles d'accueil, la valorisation du bénévolat en seraient autant de manifestations. Il serait désastreux, selon eux, de s'en « remettre au secteur privé » pour assurer la prise en charge d'une population aussi démunie.

- **La réforme en santé mentale**

Une réforme en profondeur s'impose en santé mentale et les syndicats jugent qu'elle devrait suivre deux lignes directrices. Il faut d'abord, mettre sur pied

des ressources destinées à éviter l'hospitalisation et à faciliter la réinsertion sociale des personnes sorties des institutions. À cet effet, on souligne que la prolifération des itinérants est en partie la conséquence de la désinstitutionnalisation des vingt dernières années. Ensuite, une révision fondamentale des pratiques professionnelles en santé mentale s'impose. Cette révision demandera que l'on accorde beaucoup d'importance à la formation continue du personnel, particulièrement à celle des employés dits « généraux », et que l'on préconise le travail en équipes multidisciplinaires. Ces dernières devraient même avoir le pouvoir d'intervenir au besoin directement dans les milieux naturels.

Les réflexions sont déjà avancées sur ce sujet, mais les syndicats déplorent les hésitations du Ministère à mettre en branle ce processus. Ils insistent également sur le fait qu'une pareille entreprise ne peut réussir sans l'implication active du personnel et des syndicats. La réforme ne devra pas sous-estimer, non plus, le rôle des ressources alternatives qui, dans ce domaine, offrent un « terrain propice aux expériences novatrices ».

- **La santé au travail**

Une approche plus large de la problématique de la santé au travail devra être élaborée avec le concours des travailleurs et travailleuses concernés. Celle-ci devra viser à changer le milieu de travail lui-même, et à mettre la prévention au premier plan. Elle exigera aussi, qu'on investisse davantage d'efforts dans la recherche. L'approche « médicalisée » qui prévaut actuellement nuit à la collaboration entre les milieux de travail et les établissements du réseau. Ces derniers, selon les syndicats, font preuve d'incohérence entre eux; le réseau devra se doter d'une politique globale d'intervention dans ce domaine.

Au nombre des problèmes identifiés, les syndicats constatent que les normes gouvernementales édictées pour chacun des secteurs industriels ne sont pas vraiment respectées. De plus, les critères qu'utilise la CSST pour reconnaître l'existence d'une maladie ou d'une lésion sont trop complexes. Finalement, les syndicats réclament une médecine du travail complètement indépendante des employeurs.

- **Les questions environnementales**

Les organisations syndicales rappellent que nul n'est à l'abri des catastrophes écologiques et qu'il faut être extrêmement vigilant sous ce rapport. La pollution atteint des proportions inquiétantes : « la pollution est privée mais la dépollution, elle, est publique ! »

Les questions relatives à l'environnement exigent une approche globale et multi-sectorielle. Les divers intervenants doivent se concerter : on parle ici des ministères, notamment ceux de la santé et des services sociaux, de l'agriculture et de l'environnement, ainsi que des municipalités, des entreprises, des universités et centres de recherche, etc. La participation de la population s'avère importante dans la protection de l'environnement. On devra aussi constituer des équipes multidisciplinaires (toxicologie, épidémiologie, sociologie, hygiène publique, économie, etc.). Enfin, le MSSS devra jouer un rôle plus actif dans ce domaine ; les DSC et les CLSC devront remplir pleinement leur mandat vis-à-vis de la recherche et de l'information auprès de la population.

- **L'action communautaire**

L'évolution de la société québécoise dans les quinze dernières années ne fait que légitimer davantage la mission communautaire des CLSC. Or, l'action communautaire est restée, dit-on, « l'enfant pauvre du système » ; elle a presque disparu dans certains secteurs et se trouve compromise du fait que le réseau des CLSC n'a pas été complété. On aurait également restreint le rôle des organisateurs communautaires.

Les organisations syndicales réaffirment l'importance de poursuivre cette mission qui devrait permettre à la prévention d'acquérir une place au sein du système : on devrait, à cet égard, concrétiser formellement cette mission sous la forme d'un programme de base offert par les CLSC et lui octroyer un budget protégé. Conséquemment, l'ensemble des groupes populaires devrait bénéficier d'une politique officielle de financement.

- **La pratique sociale et les services sociaux**

Les organisations syndicales estiment que les problèmes sociaux se manifestent avec plus d'acuité depuis une quinzaine d'années : la prostitution, l'itinérance, la violence conjugale, les maladies mentales et le suicide ont pris des proportions inquiétantes. Les praticiens sociaux ne suffisent pas à la tâche ; ils sont parfois « démotivés » parce qu'ils n'interviennent que dans des situations de crise alors qu'ils souhaiteraient agir autant sur le plan préventif que sur le plan curatif. Plutôt que de « faire du bureau » dans un contexte qui est étranger aux bénéficiaires, ces praticiens veulent être présents au cœur des communautés et travailler en complémentarité avec les diverses ressources déjà actives dans la société.

Il faudra consentir, selon les syndicats, des budgets supplémentaires pour combler ces besoins et surtout pour agir efficacement en termes de prévention. La prévention devra s'appuyer sur un ensemble de politiques sociales : revenu minimum garanti, programmes d'emploi, équipements collectifs, logements décents, etc. De plus, l'accessibilité aux services sociaux devra être améliorée, autant sur le plan géographique que sur le plan des heures d'ouverture.

- **Les services ambulanciers**

Les syndicats œuvrant dans ce secteur exposent les « méandres parfois scandaleux de la jungle des transports ambulanciers au Québec », jungle où priment, selon eux, les intérêts financiers des entrepreneurs privés. La source des nombreux problèmes identifiés réside, pour les syndicats, dans le caractère privé de ces services. Ce n'est pas d'abord une question de coûts mais d'organisation. On affirme à ce propos que l'entreprise privée n'acceptera pas d'organiser ces services en fonction des besoins de la population sans y être contrainte par l'autorité publique ». Les propriétaires négligeraient, aussi, la formation professionnelle des ambulanciers qui, eux, sont appelés à intervenir dans des situations requérant de plus en plus de compétences.

- **Les inégalités régionales**

Les inégalités régionales constituent un des thèmes majeurs sur lesquels les syndicats sont intervenus. Une bonne partie de la population du Québec ne jouit pas d'un traitement équitable dans le système. Les régions éloignées, et même les régions intermédiaires, souffrent d'une répartition inégale des ressources

médicales. Là-dessus, les syndicats se demandent s'il est souhaitable de confier, comme c'est le cas aujourd'hui, aux lois du marché et aux médecins, la planification des effectifs médicaux.

Plusieurs représentants syndicaux ont décrit la dure réalité qui prévaut en région éloignée. On y constate un plus fort taux de décès causés par les accidents de la route et les autres accidents, par les maladies mentales, l'alcoolisme et les maladies de l'appareil respiratoire, de même qu'un taux de suicides plus élevé que la moyenne, etc. Cette situation résulte, en grande partie, selon ces porte-parole, du chômage, de l'insécurité économique, de la dégradation du tissu social, du stress, de l'isolement, des difficultés de transport, de l'inaccessibilité de bon nombre de services sociaux ou sanitaires et de la quasi-absence de mesures préventives. La pénurie de professionnels et de médecins spécialistes se fait durement sentir. Le personnel connaît un taux de roulement élevé, souffre d'épuisement professionnel et est insatisfait des conditions de pratique. Les gestionnaires seraient, dit-on, en partie responsables de cet état de chose parce qu'ils n'arrivent pas à établir une réelle coordination entre les établissements et qu'ils ne tiennent pas suffisamment compte de l'opinion de leurs employés.

- **Le Nouveau-Québec, les Cris et les Inuits**

Le Nouveau-Québec, selon certains représentants syndicaux, constitue un pays en soi tant par son immensité que par ses habitants (Inuits et Cris). Ces populations ont la plus faible espérance de vie à la naissance et la plus forte mortalité générale de tout le Québec ; elles ont aussi les taux les plus élevés de mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire, aux troubles mentaux et à l'alcoolisme, aux maladies du système nerveux et aux maladies infectieuses et parasitaires.

Les services de santé et les services sociaux que l'on y trouve ont tous été importés du Sud sans consultation des autochtones et sans tenir compte de leurs particularités culturelles. Ces services ont, d'après les représentants syndicaux, accentué la dépendance des autochtones. De plus, aucune responsabilité dans leur mise en place et leur distribution n'a été confiée aux populations locales. Ainsi, toujours selon ces intervenants, on importe au Nouveau-Québec des services non adaptés aux besoins et aux valeurs des communautés autochtones et on en confie la responsabilité et l'administration à des Blancs qui y trouvent une « source de pouvoir énorme ».

Devant un tel bilan, il apparaît nécessaire de repenser les services de santé et les services sociaux du Nouveau-Québec. Il faut redonner aux autochtones la responsabilité de concevoir, de gérer et de distribuer l'ensemble de ces services. La réalisation de cet objectif exige que les Cris et les Inuits acquièrent les connaissances nécessaires. En bref, selon ces porte-parole, il faut donner de la formation aux Cris et aux Inuits afin de leur permettre d'occuper tous les postes dans les services de santé et les services sociaux.

7.1.4 Le fonctionnement du système

Les organisations syndicales ont abordé les problèmes de fonctionnement du système, principalement, sous l'angle du processus décisionnel et de la démocratie. Certains souhaitent qu'une plus grande démocratie s'instaure dans les institutions du réseau et que la participation des usagers soit réelle et ne

se limite pas à cautionner des décisions déjà prises. Le réseau est caractérisé par une centralisation excessive qui entrave l'adaptation des institutions aux besoins locaux.

La mission des CLSC a été particulièrement discutée. Il semble que ceux-ci deviennent « le déversoir naturel de l'ensemble du réseau ». Tous les mandats peuvent leur être confiés, dit-on, sans qu'on leur attribue de ressources supplémentaires. Le MSSS est de plus en plus directif, la marge de manœuvre des CLSC s'en trouve restreinte. On assiste à une uniformisation croissante des pratiques et la population locale joue un rôle de moins en moins actif dans le processus décisionnel.

Certains syndicats disent qu'une réforme s'impose en vue d'impliquer activement des « partenaires dont le rôle est majeur au sein du système ». Ces partenaires sont l'ensemble des travailleurs de la santé et des services sociaux : les employés de soutien et les préposés, les professionnels et les infirmières, etc. Les impératifs majeurs sont donc de démocratiser les institutions et d'apporter à l'organisation du travail des modifications en faveur du travail d'équipe et de la multidisciplinarité.

Des syndicats affirment qu'il existe dans notre système de soins de santé des « failles importantes », qui s'expliquent en partie par la prédominance de la médecine « libérale » traditionnelle et par le développement de la pratique médicale privée (les cliniques et polycliniques), qui ont diminué l'impact de l'implantation des CLSC. Toute l'organisation des soins est centrée sur les hôpitaux, au détriment des autres institutions. De plus, le réseau souffre des luttes de pouvoir entre les gestionnaires et de la concurrence entre les établissements.

Plusieurs s'interrogent sur le rôle et les intérêts des administrateurs et des médecins dans le système. On se demande même jusqu'à quel point les gestionnaires n'ont pas intérêt à maintenir un climat de compétition et de rapports de force entre les établissements.

D'autres s'opposent à l'hégémonie exercée par la profession médicale sur l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Le contexte de restrictions budgétaires aurait contribué à renforcer la place des médecins au sein des institutions et on conclut que ces derniers influencent maintenant encore plus profondément l'organisation des services. À preuve, la multiplication des cliniques privées refléterait la volonté des médecins de contrôler l'accès aux hôpitaux et d'imposer leur philosophie des soins. La rémunération à l'acte fait en sorte, pour les syndicats, que les médecins ont tendance à poser les actes les plus payants et à les multiplier ; ce mode de rémunération n'encourage ni la multidisciplinarité ni la prévention.

Finalement, plusieurs estiment que ceux et celles qui dispensent les soins de santé répondent de moins en moins aux attentes des consommateurs. On reproche le manque de continuité dans les soins. L'engouement récent pour les médecines douces serait une manifestation de l'insatisfaction réelle à l'égard de la médecine traditionnelle. Sans cautionner toutes les nouvelles thérapies, les organisations syndicales, dans leur ensemble, croient qu'elles méritent plus de considération. Les médecines douces remettent en question la dépendance

du patient vis-à-vis de son médecin, le rapport dominant/dominé et la « surspécialisation ». Certains diront que « la personne est un tout et non pas une machine à réparer à la pièce ». L'attrait pour les médecines douces témoigne de nouvelles valeurs sociales comme la connaissance de son corps, le droit à l'information, l'autonomie. Enfin, d'autres concluent que ces médecines font désormais partie de notre paysage social et que certaines d'entre elles constituent un complément ou une alternative au traitement médical traditionnel.

Dans la même veine, les ressources alternatives ou communautaires comme les centres de santé des femmes, les centres d'hébergement pour femmes en difficulté ou les ressources en santé mentale sont l'expression d'une volonté de plus en plus répandue de prendre en charge sa propre santé. Une meilleure articulation et une complémentarité devraient exister entre le réseau public et ces organismes. L'État devrait aussi s'engager à soutenir financièrement les ressources communautaires.

7.1.5 Organisation et conditions de travail

Même si les effectifs sont demeurés à peu près stables malgré les coupures budgétaires, les employés du réseau ont à faire face à un phénomène de « précarisation » des emplois : le travail à temps partiel a énormément augmenté et plusieurs établissements fonctionnent avec des listes de rappel. Pour les femmes, en particulier, cette précarisation tend à rétrécir leur part déjà mince des emplois stables et permanents sur le marché du travail. On signale, de plus, un processus de déqualification des tâches pour certaines catégories d'employés en même temps qu'une augmentation de la proportion d'emplois spécialisés (techniciens et professionnels).

La tendance actuelle qui veut qu'on fasse appel à une main-d'œuvre de plus en plus spécialisée a de nombreuses implications. L'amélioration constante du niveau de formation du personnel des affaires sociales est souhaitable, dit-on, mais à la condition de ne pas marginaliser ou court-circuiter une partie des membres du personnel possédant une longue expérience. D'où l'importance de la formation en emploi et surtout du recyclage.

Les organisations syndicales qui ont souvent traité de l'augmentation de la charge de travail considèrent, toutes, qu'elle se fait au détriment des bénéficiaires et de la satisfaction au travail des employés. De plus, les relations de travail sont caractérisées par une grande rigidité et le règlement des litiges passe par une judiciarisation de plus en plus grande.

7.2 Le milieu des affaires

7.2.1 Présentation

Les organisations patronales et les entreprises privées constituent ce que nous appelons le milieu des affaires. Nous présentons séparément l'un et l'autre groupe à cause de la nature et du contenu spécifiques de leurs interventions.

Les organisations patronales ont soumis six représentations écrites à la Commission et ont participé à la consultation à l'occasion de cinq séances de travail. Les organisations patronales rencontrées sont le Conseil du patronat du Québec, la Chambre de commerce du Québec ainsi que deux Chambres locales et l'Association des manufacturiers canadiens.

Une dizaine d'entreprises privées ont soumis des représentations écrites à la Commission et sept d'entre elles se sont également présentées en audience lors de la consultation. Leurs champs d'intérêt sont aussi diversifiés que leurs secteurs d'intervention respectifs. Les entreprises privées ont entretenu la Commission des problèmes ayant trait aux services aux personnes âgées, aux services ambulanciers, à la gestion des établissements et l'une d'entre elles a abordé la problématique des corporations propriétaires d'actifs immobiliers.

7.2.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux

Les organisations patronales se sont principalement préoccupées des coûts croissants du système de santé et de services sociaux tout en s'interrogeant sur la capacité de payer des citoyens du Québec. Pour certains, l'enjeu actuel tient essentiellement au fait que la population est en droit de recevoir des services adéquats, tant quantitativement que qualitativement, mais que l'économie québécoise doit demeurer « concurrentielle et productive ». En conséquence, on ne doit pas songer à alourdir la charge fiscale des Québécois, pour dispenser l'ensemble des services requis.

Certains représentants patronaux manifestent leur accord sur les principes d'accessibilité et d'universalité des soins et des services de santé. Ces principes peuvent être sauvegardés, affirme-t-on, sans pour autant que l'État assure lui-même la distribution de tous les services. Dans cette même perspective, d'autres porte-parole patronaux remettent en cause le caractère public du système de santé : il faut, selon eux, briser le monopole de l'État dans ce domaine et ouvrir le système à une plus grande diversité, à des initiatives et expériences nouvelles répondant aux besoins de la population.

Étant donné les budgets limités et l'accroissement de la demande de services, des bénéficiaires sont privés des soins auxquels, en principe, ils devraient avoir accès. Le système de santé n'a donc pas atteint complètement ses objectifs d'universalité et d'accessibilité. En bref, dans la conjoncture actuelle, la réforme du système de santé devrait promouvoir une plus grande diversité, créer des centres d'excellence et augmenter la qualité des services disponibles, plutôt que de chercher à uniformiser les services et à « niveler vers le bas ». Par ailleurs, ces porte-parole rejettent l'argument voulant qu'une réforme du système allant dans le sens d'une ouverture à la privatisation, tendrait à créer « une médecine de riches et une médecine de pauvres ».

7.2.3 Le fonctionnement et le financement du système

De façon générale, les représentants patronaux jugent que les problèmes actuels du régime viennent d'un excès de planification étatique et d'une trop grande centralisation qui font en sorte que le système a tendance à se scléroser, à devenir inefficace et coûteux ; ils ont aussi pour effet d'empêcher la diversité et l'adaptation aux besoins. D'autres précisent que le système est dirigé par un « cartel ou une coalition » composée des fonctionnaires de l'État, des employés syndiqués et des professions médicales, et ce, dans le cadre du monopole de l'assurance-santé publique.

Dans un tel contexte, l'individu n'a plus de choix. Il faut donc, selon ces porte-parole, briser le monopole étatique, remettre en question le cartel qui le domine et ouvrir le système à la concurrence du secteur privé. Dans cette veine, tous préconisent une plus ou moins grande privatisation des soins et services. « La santé est l'industrie de l'avenir, » affirment certains.

L'ouverture à différentes formes de privatisation apparaît justifiée, selon les organisations patronales, par l'augmentation des coûts du système public ; cette augmentation serait principalement causée par des coûts en main-d'œuvre très élevés, des technologies modernes dispendieuses, une gestion inefficace des ressources humaines, une propension à l'institutionnalisation, le peu d'incitatifs à la bonne gestion et enfin, par l'absence de sensibilisitation des utilisateurs et dispensateurs aux coûts qu'ils engendrent. En effet, ni la population ni les acteurs du réseau ne se sentent responsables des coûts du système ; c'est l'État qui doit plafonner les dépenses de façon arbitraire quand il n'a plus les moyens d'en supporter l'accroissement. Les consommateurs abusent du système alors que les médecins tendent, entre autres, à se protéger d'éventuelles poursuites de la part des patients, en multipliant les diagnostics et les examens.

L'enjeu consiste donc à freiner cette progression car les coûts du système risquent de devenir incontrôlables. Des organisations patronales proposent en conséquence que l'on examine, outre la possibilité d'une certaine forme de privatisation, celle aussi d'introduire des formules de co-paiement. Pour être efficace, le co-paiement doit avoir pour effet d'inciter la population à n'avoir recours aux services de santé que lorsqu'elle en a vraiment besoin. Toutefois, ces mesures ne doivent pas mettre en danger les principes d'accessibilité universelle et priver les personnes les plus démunies de services justifiés.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'instaurer une politique « d'éducation à la santé » afin de prévenir la maladie. Il faut aussi repenser l'organisation du travail afin de rendre la gestion des ressources humaines plus efficace. L'amélioration des relations de travail et la mobilité de la main-d'œuvre apparaissent comme des enjeux importants pour les organisations patronales qui parlent de la rigidité des conventions collectives et de la compartimentation des tâches.

Enfin, un autre sujet retient l'attention des organisations patronales : il s'agit de la médecine du travail qui serait actuellement inefficace et coûteuse. On y voit la conséquence, encore là, de la « nationalisation » des services de santé au travail. Ce régime serait d'autant plus nocif, sur le plan économique, que le Québec serait le seul à s'être doté d'un régime semblable. Dans ce domaine, comme dans d'autres, le rôle de l'État devrait consister à s'assurer que les services requis sont dispensés par ceux qui peuvent les offrir à meilleur compte.

7.2.4 Les besoins des personnes âgées et des personnes en perte d'autonomie

Trois entreprises se sont intéressées aux phénomènes du vieillissement de la population et de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ces entreprises sont déjà impliquées auprès de ces clientèles ou entendent développer des services les concernant.

En l'an 2 000, les personnes âgées représenteront 12 % de la population, affirment ces entreprises. La retraite se traduit souvent par une baisse considérable du niveau de revenu et, par conséquent, bon nombre de personnes âgées se retrouvent dans une situation économique précaire. Sur le plan social, la vieillesse est souvent synonyme de solitude, d'isolement et de marginalisation. Le vieillissement entraîne, de plus, une demande de soins de santé considérable. Les ressources offertes aux personnes âgées sont insuffisantes et mal réparties sur le territoire. L'accessibilité à ces ressources est compromise parce que l'État

n'a pas les moyens financiers pour répondre à ces besoins. Une entreprise se propose donc d'offrir des services d'aide à domicile et des ressources intermédiaires comme des pensions surveillées, de construire et d'administrer des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée, privés et conventionnés. Ces services, croit-on, pourraient être dispensés à coût moindre (d'au moins 10 %) que dans le secteur public. L'entreprise en question entend vendre ces services à l'État et la contribution des bénéficiaires serait établie en fonction de leur capacité de payer. Une autre entreprise s'oriente, elle, du côté des services de maintien à domicile qui pourraient être offerts à différentes clientèles en perte d'autonomie. Aux États-Unis, et dans d'autres provinces canadiennes, dit-elle, l'entreprise privée a réussi, avec des moyens inférieurs à ceux dont les gouvernements disposent, à desservir toute une population qui requiert des soins à domicile et à éviter ainsi l'institutionnalisation à un grand nombre de personnes.

L'exemple de la Colombie-Britannique démontre clairement, selon ces porte-parole, qu'une saine coopération entre l'entreprise privée et le gouvernement en matière de soutien à domicile est non seulement réalisable mais s'avère la seule solution, si l'on veut assurer le respect intégral du principe de l'universalité des soins de santé au Québec.

Une troisième entreprise abonde dans le même sens. S'appuyant sur certaines recherches nord-américaines qui démontrent que l'institutionnalisation des personnes âgées accélère le processus de perte d'autonomie, cette entreprise favorise aussi le maintien en milieu naturel, la distribution de soins et de services à domicile et même l'hospitalisation à domicile. Selon les représentants de cette entreprise, le taux d'institutionnalisation des personnes âgées est très élevé au Québec et près de 40 % des personnes en centres d'accueil d'hébergement public « ne sont pas à la bonne place ». Par ailleurs, les coûts de l'institutionnalisation et l'insuffisance des services à domicile sont tels que les soins à cette clientèle doivent être repensés : l'État doit non seulement réorienter ses pratiques, mais également réévaluer les sommes qu'il consent aux services péri-institutionnels, aux services thérapeutiques et de réadaptation ainsi qu'aux services externes spécialisés et semi-spécialisés. On devra étendre le réseau des centres de jour ainsi que des hôpitaux de jour et mettre sur pied des équipes spécialisées en maintien à domicile. L'entreprise privée pourra jouer, dans ce contexte, un rôle de partenaire ; elle souhaite travailler en complémentarité avec le réseau public et offrir des solutions de rechange à l'institutionnalisation, à des coûts moindres et avec de meilleurs résultats.

7.2.5 Les services ambulanciers

Les porte-parole des entreprises de transport ambulancier se sont exprimés au nom d'une vingtaine de petites entreprises de ce secteur œuvrant dans des régions éloignées ou intermédiaires.

On a abordé la question des disparités régionales surtout criantes entre les régions rurales et les centres urbains. On constate que l'éloignement peut être préjudiciable aux bénéficiaires et que le délai prescrit de 10 minutes entre un appel et l'arrivée des ambulanciers n'est pas respecté en région rurale. Dans de telles conditions, on comprend mal qu'on maintienne des restrictions quant à certains actes que pourraient poser les ambulanciers.

La reconnaissance professionnelle des ambulanciers est une autre question importante : plusieurs porte-parole ont en effet signalé que les ambulanciers ne sont pas reconnus comme des intervenants, au même titre que les autres travailleurs de la santé, et qu'à cause de cela, leurs relations avec les établissements ne sont pas très bonnes. La rémunération des ambulanciers en région rurale est source d'insatisfaction du fait que leur taux horaire devient très faible lorsqu'ils sont placés en disponibilité. Cette situation est à l'origine d'un roulement de personnel important.

D'autre part, les propriétaires des services ambulanciers souhaiteraient que la population soit mieux informée des conditions d'accès à leurs services et de leurs coûts. Ces services sont, en effet, gratuits pour certaines personnes et dans certaines circonstances mais non pour tous et en tout temps. Par ailleurs, il y aurait beaucoup trop d'agents payeurs (les établissements, la CSST, la RAMQ, etc...) de sorte que la facturation et la perception des frais en seraient compliquées d'autant.

Enfin, les entreprises de ce secteur préconisent l'uniformisation de la formation des ambulanciers et une restructuration des zones de services, mais après consultation des principaux intéressés. Finalement, ils réclament aussi que la recherche sur les équipements des services ambulanciers soit davantage encouragée.

7.2.6 La gestion des établissements du réseau

Un cabinet de comptables agréés, œuvrant comme vérificateur et consultant auprès de nombreux établissements de santé et de services sociaux du réseau, s'est penché sur plusieurs aspects de la gestion de ces établissements.

Cette firme croit que la définition légale de la vocation des établissements restreint considérablement leur flexibilité et empêche de réaménager les ressources en fonction de l'évolution des besoins de la population. Une nouvelle planification devra donc réviser ces vocations. Elle s'interroge, en plus, sur le rôle et la responsabilité des conseils d'administration au sein desquels existent de nombreux conflits d'intérêt : la composition des conseils et la compétence des membres seraient fort discutables.

La firme se demande également comment rendre les bénéficiaires plus conscients de leurs responsabilités vis-à-vis du coût des services. Étant donné la croissance que l'on connaît en ce domaine, il apparaît opportun de réviser les modalités d'accès aux servicesselon des critères clairs et précis et d'informer les citoyens des coûts de ces services.

En ce qui concerne l'allocation des ressources, on constate que le MSSS détermine les enveloppes budgétaires destinées à des programmes, en fonction d'objectifs et de besoins spécifiques. Par contre, il n'a pas les moyens de s'assurer que ces budgets seront dépensés par les établissements de façon à rencontrer les objectifs initialement prévus. De plus, les critères d'évaluation de la performance des établissements varient continuellement alors qu'on aurait besoin de normes objectives et stables.

La budgétisation des établissements est établie sur une période trop courte et ne permet pas de planification à long terme. On ne dispose pas d'indicateurs

appropriés pour apprécier la performance des établissements et de leurs unités de services. Bref, le budget est un instrument de contrôle plus ou moins adéquat.

D'autres problèmes de fonctionnement du réseau ont été identifiés par cette firme de comptables : la surconsommation des services, les lacunes en termes de prévention et enfin le manque d'information quant aux points de services, ce qui fait que certains sont sur-utilisés ou mal utilisés par les bénéficiaires. Selon cette firme, le ticket modérateur freinerait la demande. Il faudrait aussi organiser une campagne d'éducation populaire pour que les utilisateurs soient mieux informés. Enfin, la privatisation de certains services comme l'entretien ménager, la sécurité, l'alimentation, la buanderie, les laboratoires, la radiologie, la physiothérapie et même la privatisation de centres d'accueil d'hébergement, lui semble une voie d'avenir dans une perspective d'optimisation des ressources.

Outre cette firme comptable, une grande entreprise du secteur primaire, implantée dans une région éloignée du Québec, a fait part de trois types de préoccupations concernant le système de santé. Relativement aux effectifs médicaux, cette entreprise affirme que le recrutement et la rétention de médecins dans les localités très éloignées et isolées, comme certaines villes minières par exemple, exigent des mesures incitatives spéciales. Cette entreprise favorise, par ailleurs, la privatisation de certains services à caractère social, c'est-à-dire leur transfert à des organismes à but non lucratif qui pourraient obtenir un appui financier de l'État. Enfin, la santé et la sécurité au travail devraient être assumées par les entreprises elles-mêmes, mais sous la surveillance des DSC.

7.2.7 La problématique des corporations propriétaires

Une autre firme de comptables agréés insiste sur l'importance que prennent les corporations propriétaires dans le système de santé et de services sociaux québécois. Avant la réforme de 1971, la grande majorité des établissements de santé appartenait à des corporations à but non lucratif, généralement des congrégations religieuses. Ces corporations continuent, pour une bonne part, à avoir une existence légale autonome et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a même prévu leur représentation (3 personnes élues par leur collège électoral) au sein des conseils d'administration des établissements. En plus de posséder des biens immobiliers, certaines corporations ont des actifs autres qu'immobiliers.

Le problème consiste maintenant à déterminer la portée des pouvoirs de la corporation propriétaire des actifs immobiliers par rapport aux pouvoirs de l'établissement. Il n'existe, selon cette firme, pratiquement pas d'interprétation sur le plan de la doctrine ou de la jurisprudence à ce sujet ; c'est donc l'imbroglio juridique. Cette situation a des incidences réelles. La corporation peut, par exemple, s'opposer à la volonté du MSSS de modifier la vocation de certains établissements ou de vendre certains actifs que le Ministère juge superflus. Des fonds peuvent aussi demeurer inactifs alors qu'ils pourraient être utilisés au bénéfice de l'établissement. Enfin, beaucoup de retards et de difficultés sont enregistrés dans les transactions entre le Ministère et ces corporations.

7.3 Le monde municipal

7.3.1 Présentation

Les représentations du monde municipal sont au nombre de dix et proviennent aussi bien de municipalités et de regroupements de municipalités que de municipalités régionales de comté, de conférences et d'associations de maires, etc. Cinq de ces organismes ont, de plus, été rencontrés par la Commission lors de sa tournée de consultation. Les principaux problèmes soulevés par les municipalités concernent les besoins de diverses catégories de la population et le rôle des autorités municipales par rapport à la santé et aux services sociaux.

7.3.2 Les besoins en services de santé et en services sociaux

Les représentants des municipalités de la région de Montréal identifient quantité de besoins propres à plusieurs types de clientèles. Qu'il s'agisse des personnes âgées, des communautés culturelles, des itinérants ou des personnes souffrant de maladie mentale, les ressources et les services offerts par le réseau sont insuffisants. De plus, les établissements du réseau se montreraient inaptes à répondre à des situations de crise personnelle, familiale ou sociale.

Dans le cas des personnes âgées, ces porte-parole municipaux sont unanimes à conclure que le réseau d'hébergement actuel ne suffit pas à la demande et qu'on éprouve de grands besoins en termes de services de maintien à domicile.

La région métropolitaine compte par ailleurs une forte proportion de citoyens nés à l'extérieur du Canada ; ces communautés culturelles requièrent des services sociaux particuliers. Les femmes immigrantes, notamment, ont peu de ressources à leur disposition pour leur venir en aide. Quant à la population anglophone, certains représentants municipaux sont d'avis que ces citoyens devraient avoir accès aux services dans leur langue.

Le réseau ne porterait pas suffisamment d'attention aux besoins des jeunes, des familles monoparentales et des femmes en général. Parmi les groupes les plus délaissés se trouveraient les personnes victimes de maladies mentales qui, au dire des représentants municipaux, se voient exclues des centres hospitaliers sans qu'aucune autre ressource ne puisse les accueillir.

À Montréal, l'itinérance est devenue un phénomène très préoccupant. Elle ne concerne plus seulement des hommes âgés alcooliques mais aussi des jeunes, des femmes victimes de violence familiale, des individus désinstitutionnalisés et des Néo-québécois démunis. Les porte-parole municipaux évaluent leur nombre à environ 12 000 (7 000 hommes et 5 000 femmes). Pour répondre à ces besoins, les centres d'hébergement offrent actuellement 700 places pour les hommes et 200 pour les femmes.

Pour les représentants de la ville de Montréal, la création de ressources additionnelles en hébergement s'impose mais on doit aussi offrir à ces personnes des maisons de chambre, des centres d'hébergement temporaires et des résidences de groupe où les interventions d'ordre préventif s'allient aux interventions ponctuelles. Par ailleurs, l'administration municipale de Montréal estime qu'elle « est mieux que toute autre en mesure d'intervenir et d'aider les itinérants ».

En ce qui concerne Montréal, certains rappellent aussi que le manque de lits de soins prolongés à Montréal affecte la qualité des soins de courte durée

et des soins d'urgence. Une MRC signale que dans les régions intermédiaires, il manque de lits de soins de courte durée, de lits de soins prolongés, ainsi que de lits en psychiatrie. Elle réclame également l'implantation d'un centre d'accueil de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes.

Les représentants des municipalités des régions éloignées insistent, quant à eux, sur la pénurie d'effectifs médicaux et para-médicaux et sur la pénurie de dentistes et de praticiens sociaux. Il importe également, pour eux, d'implanter dans leurs régions des centres de jour et des HLM pour personnes âgées, de même que des centres de réadaptation pour handicapés physiques et mentaux. De plus, l'État devrait davantage tenir compte des problèmes spécifiques des populations des régions éloignées et adopter des normes particulières à ces régions qui tiendraient compte des distances à parcourir, des revenus, du taux de chômage, du niveau de scolarisation, de la détérioration du tissu social (alcoolisme, violence, etc...) et de l'état de santé général de la population.

7.3.3 Les rapports entre les municipalités et le réseau

Les représentants du monde municipal n'ont pas de position unanime sur le rôle des municipalités dans le système de santé et de services sociaux. Certains d'entre eux voudraient être consultés ou même participer aux processus décisionnels tandis que d'autres seraient prêts à jouer un rôle plus important dans la distribution de services si la fiscalité municipale le leur permettait. Ainsi, des porte-parole diront que si « les municipalités et les villes ont évacué le champ des services sociaux et de la santé, ce n'est pas qu'elles ont abandonné tout intérêt en ces domaines, c'est que la fiscalité municipale ne leur en donne plus les moyens ».

Les municipalités sont déjà impliquées dans le domaine des services sociaux par le biais du support et de l'appui qu'elles offrent aux organismes communautaires locaux. Il existe, de fait, une certaine complémentarité entre les services offerts par les municipalités et certains programmes d'intervention des établissements du réseau. Plusieurs croient qu'il est nécessaire de préciser le rôle d'intervenant des municipalités dans la prestation de certains services et de le reconnaître. Sans vouloir forcément rapatrier dans l'immédiat la distribution de certains services au niveau municipal, plusieurs déplorent que les municipalités ne soient que très rarement consultées sur les orientations, les politiques et les programmes en matière de santé et de services sociaux. Celles-ci souhaiteraient que s'établissent des mécanismes formels de communication entre elles et les établissements publics de leur territoire.

Certaines MRC témoignent, de plus, de leur intérêt à participer à la planification régionale des besoins en santé et en services sociaux ; à l'inverse, les CLSC sont invités à s'impliquer dans l'aménagement du territoire.

Certaines municipalités remettent, par ailleurs, en question la notion de territorialité dans l'organisation de la distribution des soins de santé et des services sociaux. Les territoires des CLSC, de la psychiatrie, des DSC et des CSS ne correspondent pas entre eux, ce qui entraîne une discontinuité dans la distribution des services.

Une municipalité fait part de son désaccord quant à la façon dont le Ministère a implanté un CLSC sur son territoire. D'une part, le territoire du CLSC ne

correspond pas à celui de la municipalité, et d'autre part, le CLSC a été implanté sans consultation alors que la municipalité joue pourtant un rôle actif dans la communauté. De l'avis de cette municipalité, le CLSC tenterait, en faisant abstraction de son rôle, de prendre en charge tout le réseau social et communautaire local.

Enfin, le découpage territorial pose également des problèmes sur le plan régional. Une MRC suggère ainsi que le territoire des régions délimitées par la MSSS corresponde au territoire des régions administratives.

7.4 Les Commissions scolaires

7.4.1 Présentation

Les commissions scolaires ont déposé cinq représentations écrites à la Commission et ont participé à trois reprises aux audiences.

7.4.2 La prévention et la réadaptation dans le monde scolaire

Les commissions scolaires soulignent l'ambiguïté de leur rôle en matière de santé et de services sociaux. On leur demande, par exemple, d'assumer l'intégration de jeunes handicapés physiques et mentaux aux classes régulières, sans vraiment leur fournir les ressources appropriées. D'une part, les enseignants sont peu instrumentés pour intervenir auprès des élèves en difficulté et n'ont pas non plus les moyens ni le temps de le faire. D'autre part, les ressources manquent pour répondre aux besoins des élèves qui ont des difficultés d'adaptation.

Les besoins en termes de prévention et d'information sont, en milieu scolaire, très grands mais selon les commissions scolaires, les interventions en ce sens laissent grandement à désirer. Celles-ci devraient être repensées pour le niveau secondaire et généralement ramenées « à une échelle plus humaine ». On ajoute, dans la même veine, que la mission de prévention des CLSC en milieu scolaire est mal définie. Le MSSS devrait donc, en collaboration avec le MEQ, clarifier cette question. À l'heure actuelle, les responsabilités seraient mal partagées entre ces deux ministères chacun s'en remettant à l'autre.

Les professionnels qui œuvrent dans le domaine de la prévention scolaire sont trop peu nombreux et ne collaborent généralement pas avec les enseignants qui, eux, souhaiteraient être mieux informés des problèmes de santé et des problèmes sociaux qui affectent les jeunes et pouvoir ainsi s'associer au travail de prévention.

Les commissions scolaires estiment, de plus, que les professionnels des services de santé et des services sociaux ne devraient pas avoir des conditions de travail, des horaires et des congés différents de ceux du personnel scolaire. Cette situation provoque actuellement des perturbations qui pénalisent les étudiants.

7.5 Les organisations politiques

7.5.1 Présentation

Deux organisations politiques ont déposé des représentations écrites à la Commission et elles ont toutes deux participé à des séances de travail lors de la tournée de consultation. Ces deux organisations sont le Nouveau parti démocratique du Québec et le Mouvement socialiste.

7.5.2 Les finalités et les objectifs du système de santé et de services sociaux

Selon ces deux organisations, la réussite du système de santé et de services sociaux québécois tient au fait qu'il est universel, gratuit et facile d'accès. De plus, ce système contribue à accroître le bien-être de la population et il est efficace au plan administratif. En bref, ce sont là des acquis qu'il faut défendre et non pas remettre en question dans la foulée de la vague néo-libérale actuelle.

Pour l'une de ces organisations, la poursuite de l'équité doit demeurer le principe central du système de santé et de services sociaux. Dans l'état actuel des choses, le système est incapble de mettre de l'avant des programmes sociaux adaptés aux nouvelles conditions de vie de certaines catégories de la population alors que les services de santé éprouvent de multiples difficultés à s'adapter à de nouveaux besoins, spécialement à ceux des personnes âgées. Ce sont des impératifs politiques qui bloquent le système et non pas des impératifs économiques car on ne peut invoquer au Québec l'absence de richesse collective. Selon cette organisation, la réforme du système doit être guidée par cinq principes fondamentaux : la politique de la santé et des services sociaux doit s'inscrire dans une politique économique orientée vers un partage équitable de la richesse collective ; elle doit viser la qualité de vie de toute la population sur l'ensemble du territoire ; la politique doit s'appliquer à tous et mettre en place des mesures universelles ; elle doit tendre à faire disparaître la discrimination et les inégalités en s'attaquant aux causes et conditions de leur apparition ; enfin, cette politique doit favoriser l'exercice d'une démocratie de fait.

Pour permettre l'application de ces principes, il faut d'abord que le Québec se dote d'une politique du revenu et d'une politique d'emploi afin de freiner le processus d'appauvrissement de la majorité de la population qui a eu cours dans la dernière décennie. Il y aurait, par exemple, 312 000 familles vivant sous le seuil de la pauvreté au Québec en 1984, ce qui représente une augmentation de 27 % par rapport à 1980. Les femmes, les jeunes, les petits salariés, les minorités visibles, les personnes handicapées et les personnes âgées sont les catégories de la population qui ont été tout particulièrement touchées par le processus d'appauvrissement. Les conditions socio-économiques exerçant un impact direct sur l'état de santé et les problèmes sociaux, une politique de santé et de services sociaux devra nécessairement s'appuyer sur des mesures de redistribution de la richesse.

L'amélioration de la qualité de la vie et de l'état de santé de la population passe aussi par l'amélioration de la qualité de l'environnement. Ainsi une politique de la santé et des services sociaux doit pouvoir compter sur la mise en œuvre de politiques visant l'amélioration des conditions de travail ainsi que des conditions d'habitation, de nutrition, de loisirs et de transports.

7.5.3 Les besoins en services de santé et en services sociaux

De l'avis d'une organisation, les soins à domicile et les services externes devraient être développés. Des services d'appoint adéquats devraient également être fournis aux patients psychiatriques afin de permettre au processus actuel de désinstitutionnalisation de bien se dérouler. C'est là une des lacunes importantes de notre régime, estime-t-on. Il existe également toute une gamme de services qu'un régime universel et gratuit pourrait offrir : les prothèses dentaires et une assurance pharmaceutique élargie, par exemple. Les autres besoins négligés sont de l'ordre de la santé publique : le traitement de l'eau et des eaux usées, le contrôle de la qualité de l'air, l'amélioration de l'habitation, l'établissement

d'une véritable politique de santé industrielle et l'octroi aux familles et aux personnes âgées d'allocations de subsistance adéquates, entre autres choses.

Pour l'autre organisation, il apparaît urgent de procéder à une nouvelle répartition de l'ensemble des ressources. Ainsi, trois secteurs importants souffrent de carences particulièrement graves : il y a de longues listes d'attente dans les centres d'accueil, la situation dans les urgences des centres hospitaliers est intolérable ; enfin, la pénurie de personnel médical et d'autres professionnels dans les régions périphériques fait en sorte que de nombreuses personnes n'ont pas accès aux services.

Finalement, cette même organisation souhaite que la société québécoise entame une réflexion collective en profondeur sur le développement de la médecine de haute technologie. Qu'on pense aux transplantations cardiaques et autres types de chirurgie cardiaque sophistiqués, à l'implantation d'organes artificiels, à la fertilisation in vitro et aux moyens déployés pour sauver les nouveaux-nés de taille à peine viable, il s'avère, rappelle-t-on, que toutes ces interventions sont extrêmement coûteuses. La société doit se poser des questions sur la pertinence d'investir dans ces domaines alors que des moyens d'envergure devraient aussi être consentis pour attaquer certains problèmes à la source : par exemple, lutter contre les cancérigènes présents dans l'environnement, lancer une offensive concertée contre les maladies transmises sexuellement responsables pour une bonne part de la stérilité, etc. Tout en soulignant que la réponse ne va pas de soi, cette organisation croit que la réflexion doit se poursuivre sur ces choix de société.

7.5.4 Le fonctionnement et le financement du système

Selon l'une de ces organisations, ce sont d'abord des problèmes d'organisation qui causent la congestion des salles d'urgence, les listes d'attente pour l'admission dans les hôpitaux et dans les résidences pour soins prolongés, l'inaccessibilité des médecins durant les fins de semaine et la soirée et la pénurie de médecins, surtout de spécialistes, dans certaines régions. À son avis, le salariat des médecins résoudrait probablement une bonne partie des problèmes actuels : les médecins devraient aller là où sont les besoins et devraient être rémunérés de « manière égale ». La sur-utilisation des hôpitaux et des urgences s'explique en bonne partie par le manque de soins à domicile convenables. Enfin, l'engorgement des services découlerait de la diminution du nombre de lits réservés aux soins aigus.

Pour l'autre, il n'y aurait pas surconsommation de services médicaux mais plutôt « surprescription » par les médecins. En ce sens, il est d'autant plus urgent de se pencher sur le problème des coûts associés aux services médicaux que la majeure partie du budget alloué à la santé se dépense précisément dans le domaine des soins curatifs. L'offre de services a une incidence directe sur les coûts du système, or celle-ci est surdéveloppée dans le domaine des soins curatifs alors qu'il existe des carences importantes ailleurs, par exemple en prévention, en santé au travail, etc.

À cet égard, cette organisation affirme que le réseau des CLSC doit occuper la place qui était censée lui revenir. C'est à cette seule condition, dit-on, qu'on pourra surmonter des problèmes comme l'engorgement des urgences, la « surprescription » de services médicaux, les insuffisances en termes de prévention, etc. Enfin, la démocratisation des services ne pourra s'opérer que par

l'enracinement de ces institutions dans les communautés. Cette prise de position implique, selon l'organisation, la disparition progressive du réseau parallèle des polycliniques privées.

En ce qui concerne la question des coûts du système, une organisation est d'avis que la situation est sous contrôle et que la performance du système est bonne. Il faudrait plutôt, selon elle, démystifier les « faux problèmes » que d'aucuns attribuent au système, prétendant par exemple que les coûts actuels sont exorbitants. Les faux problèmes entraînent autant de fausses solutions comme le ticket modérateur, la sur-facturation et la privatisation.

À l'opposé, cette organisation estime que le manque de financement est le véritable problème du système. Dans cette optique, le gouvernement devrait modifier sa politique fiscale de façon à ce qu'une perception accrue des impôts auprès des entreprises serve à financer davantage les services sociaux. On note, à l'appui, que depuis dix ans un glissement du fardeau fiscal s'est opéré au détriment des contribuables particuliers et au profit des entreprises, celles-ci ne contribuant que pour 1 % des revenus fiscaux contre 5 % à l'époque.

D'autres porte-parole affirment que l'État investit proportionnellement de moins en moins dans les dépenses sociales alors qu'il proclame le contraire. Si l'on tient compte du fait que le ratio population active/population totale s'est amélioré substantiellement depuis plus de trois décennies et que les progrès technologiques ont provoqué une augmentation de la productivité, on peut en déduire, selon eux, que la société est aujourd'hui plus en mesure que jamais de « produire la richesse ». En conséquence, il faut réaffirmer les positions en faveur du maintien de l'universalité de tous les programmes sociaux et affecter au développement du secteur de la santé et des services sociaux les ressources nécessaires.

7.5.5 Les ressources humaines, la gestion et les conditions de travail

Une organisation rappelle que le nombre des professionnels de la santé a une incidence directe sur le nombre d'actes médicaux posés. Selon elle, il faut se demander si le ratio d'un médecin pour 300 habitants que l'on prévoit au Québec en l'an 2 000 est acceptable. Le mode de rémunération des médecins doit aussi correspondre à l'esprit général de notre système de santé qui doit être axé sur la prévention et la prise en considération des dimensions sociales et psychologiques de la santé.

Ces organisations abordent également la question des relations du travail et des conditions de travail. L'imposition des décrets dans le secteur de la santé et des services sociaux et la charge excessive de travail qui en découle, le travail précaire massif et le mépris affiché par le gouvernement lors des avant-dernières séances de négociations ont considérablement miné, selon elles, le moral du personnel. Le droit à la libre négociation de l'ensemble des conditions de travail doit être rétabli.

Elles soulignent, par ailleurs, que les tensions s'accumulent entre les diverses catégories de personnel : les gestionnaires avec les professionnels, la profession médicale avec les autres professionnels de la santé ; les infirmières avec les auxiliaires, etc. Devant ces tensions, on dira que le secteur de la santé et des services sociaux doit développer sa propre logique de gestion et que celle-ci

doit tenir compte de la dimension humaine des soins. De plus, les conseils d'administration, après avoir pris l'avis des groupes de travailleurs et travailleuses concernés, doivent avoir autorité sur la gestion dans son ensemble, y compris l'organisation des soins médicaux. Enfin, l'égalité entre les professions doit être reconnue ainsi que leur complémentarité au sein d'équipes de travail multidisciplinaires.

Une organisation craint, par ailleurs, que le développement des soins à domicile et des services externes ne fournisse le prétexte pour couper davantage de postes. Jusqu'ici, juge-t-elle, une bonne partie du fardeau de la réduction des coûts est retombée « sur le dos des travailleurs hospitaliers ». Tant pour le bénéfice des travailleurs que pour celui des bénéficiaires, le système devrait plutôt miser sur une meilleure organisation du travail et sur de meilleurs services d'appoint.

Annexe I

Liste des personnes qui ont collaboré à la réalisation de la consultation régionale

Outaouais	Monsieur Jacques Boilard, agent de liaison Madame Françoise Mussely, secrétaire Madame Josée Gauthier, animatrice
Abitibi–Témiscamingue	Madame Hélène Juneau, agente de liaison Monsieur Bertrand Boucher, animateur
Mauricie–Bois-Francs	Monsieur Gilles Lacroix, agent de liaison Monsieur Jean Boileau, animateur
Lanaudière	Monsieur Guy Robinson, agent de liaison Madame Lise Bérubé, secrétaire Monsieur Jacques Bruneau, animateur
Laurentides	Monsieur Guy Robinson, agent de liaison Madame Lise Bérubé, secrétaire Monsieur Raymond Hade, animateur
Saguenay–Lac-Saint-Jean	Monsieur Michel Côté, agent de liaison Madame Myrtha Laflamme, animatrice Monsieur Georges Aimé Paquin, animateur
Bas-Saint-Laurent	Madame Lorraine Théberge, agente de liaison Madame Denise Michaud, secrétaire Monsieur Roger Fournier, animateur
Gaspésie	Monsieur Daniel Galarneau, agent de liaison Monsieur Claude Allard, animateur
Îles-de-la-Madeleine	Monsieur Daniel Galarneau, agent de liaison Monsieur Arthur Miousse, animateur

Estrie	Madame Louise Gosselin, agente de liaison Monsieur Pierre Roy, animateur
Montérégie	Madame Claire Amyot, agente de liaison Madame Lise Héneault, secrétaire Madame France Capistran, animatrice
Côte-Nord	Madame Louise St-Pierre, agente de liaison Madame Madeleine Morin, secrétaire Madame Lorraine Leduc, animatrice
Montréal	Madame Lauréanne Collin, agente de liaison Madame Lise Bérubé, secrétaire Madame Josée Gauthier, animatrice Madame Suzanne Copeland, animatrice Madame Ginette Legault, analyste Madame Chantal Maillé, analyste
Québec	Madame Marie Côté, agente de liaison Monsieur Pierre Craig, animateur
Nouveau-Québec	Madame Aani Palliser-Tulugak, agente de liaison

Annexe II

Liste des organismes et des personnes qui ont participé à la consultation[1]

1. Consultation panquébécoise

1.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

1.1.1 Les organismes panquébécois

Académie de phytothérapie du Canada
- Alix, Joseph
- Dumais, Suzanne

Alliance Québec
- Berger, Joseph B.
- Kelley, Marylee
- Usher, Anne
- Williams, Russel

Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes
- Brabant, Isabelle
- Cazelais, Normand
- Lemay, Céline
- Pilon, Chantale
- Stonier, Jeannie

Ambulance St-Jean
- Deshaies, Benoit
- Genin, Richard
- Leriche, Joanne
- Morneault, Jacques

Association canadienne en réflexologie et Académie de réflexologie du Québec
- Gagnieux, Pierre-Louis
- McDonald, Doris

Association canadienne pour la santé mentale
- Desbiens, Jean-Yves
- Doré, Mireille
- Lortie, Gilles
- Trottier, Michel

Association d'acupuncture du Québec Inc.
- Duceppe, Yoan
- Huet-Couture, Liette
- Levasseur, Michel
- Lévesque, J.

Association de médecine holistique du Québec
- Grenier, Gilles
- Vézina, Gilles

Association de spina-bifida et d'hydrocéphalie du Québec
- Gaudreau, Ginette
- Nadeau, André
- Vallières, Jean-Paul

Association des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec
- Dion, Nicole
- Groulx, Raymond
- Myre, Marcel
- Nadeau, Louise
- Savard, Robert
- Vaillancourt, Raymond

Association des assistants et assistantes en optique du Québec
- Gravel, Bernard
- Larouche, Reine

Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec
- Forget, Carmen

Association des cadres intermédiaires des affaires sociales
- Caron, Françoise
- Fortier, Richard
- Lefrançois, J. Laurian

Association des centres d'accueil du Québec (ACAQ)
- Cloutier, Pierre
- Langelier, Gilles
- Larouche, Léopold
- Pedneault, Roger

Association des centres de services sociaux du Québec (ACSSQ)
- Bernard, Philippe
- Boucher, Laurien
- Denis, Lise
- Marier, Jean
- Morin, Céline

Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec
- Bédard, Yves
- Blanchet, Louis
- Boucher, Clémence
- Breault, Jean-Bernard
- Groulx, André

(1) La liste des régions suit l'ordre de la consultation

Association des chiropraticiens du Québec
- Boisvert, Laurent
- Breton, Jacques
- Danis, Normand
- Gélinas, Claude
- Taché-Piette, Louise

Association des conseils consultatifs du personnel clinique du Québec
- Dumont, France
- Gagnon, Madeleine
- Lavigne, Hélène
- Maisonneuve, Diane

Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec
- Beauchemin, André
- Bergeron, Dollard
- Bois, Marc A.
- Pineau, René
- Schubert, François

Association des consommateurs du Québec
- Pharand, Francine
- Laliberté, Nicole

Association des dentistes en santé communautaire du Québec
- Payette, Martin
- Tenenbaum, Marcel
- Vincent, Jean-Robert

Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec
- Gauthier, Hubert
- L'Écuyer, Richard
- Moisan, André
- Ouimet, Pierre
- Tellier, Robert

Association des enseignantes et enseignants en soins infirmiers des Collèges du Québec
- Castonguay, Denise
- Cournoyer, Ghislaine
- Drouin, Christine
- Demers, Micheline
- Poirier, Nicole

Association des hypoglycémiques du Québec
- Chouinard, Rita
- Demers, Grégoire
- Renaud, Madeleine
- Sévigny, André
- Thériault, Mireille

Association des hôpitaux du Québec (AHQ) et Association des hôpitaux du Québec (AHQ), division santé communautaire
- Brissette, Florian
- Brunet, Jacques
- Charmard, Charles
- Lagacé, Gilles
- Lessard, Richard
- Montpetit, Jean-Pierre
- Nadeau, Jacques A.

Association des infirmières stomothérapeutes du Québec
- Forest-Lalande, Louise
- Lacroix, Marie

Association des intervenants en toxicomanie du Québec et Groupe de recherche appliquée sur les psychotropes (GRAP)
- Beaumont, Candide
- Dufresne, Jean
- Gagné, Isabelle
- Lamarche, Pierre
- Landry, Michel
- Nadeau, Louise

Association des manufacturiers canadiens, division Québec
- Boily, Claude
- Doray, Michel
- Paquin, Sarto
- Turenne, Denise

Association des médecins de CLSC de la province de Québec
- Côté, Danielle
- Côté, Suzanne
- Michel, Pierre
- Pelletier, René
- Rodrigue, Jean

Association des médecins de langue française du Canada
- Cadotte, Marcel
- Charbonneau, Louise
- Leduc, Bernard
- Wallot, Hubert

Association des optométristes du Québec
- Charbonneau, François
- Rodrigue, Jean-Marie
- Théroux, Robert

Association des orthothérapeutes de la province de Québec Inc.
- Charbonneau, Marie-Paule

Association des paraplégiques du Québec
- Martin, Louise
- Trudeau, Marie

Association des parents adoptifs du Québec Inc.
- Lamarche, Pierre-Yves
- Pilotte, Robert
- Roy, Me Bernard
- Samson-Weyman, Suzanne
- Weyman, Steven

Association des physiciens et ingénieurs bio-médicaux du Québec
- Béique, René
- Jacob, Roger
- Moss, L. Philippe
- Podgorsak, Ervin, B.
- Renaud, Louis

Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec
- Carrier, Réjean
- Laferrière, Carmelle
- Robillard, Lucienne

Association des psychiatres du Québec
- Bourque, J.J.
- Drouin, Jacques
- Ménard, Claude E.
- Plante, A.
- Tremblay, Lambert

Association des psycho-éducateurs du Québec
- Forest, Serge
- Gauthier, Yvon

Association des puéricultrices de la province de Québec
- Côté Petit, Monique
- Mettayer Meloche, Yolande
- Roy, Alice

Association des sages-femmes du Québec
- Bélanger, Édith
- Piquette, Marjolaine

Association du diabète du Québec
- Chiasson, Louis
- Monette, Gustave
- Rasio, Eugenio
- Rompré, Claudette

Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs
- Dion, Bertrand
- Gaulin, Albert
- Lazure Fortin, Pauline

Association du Québec pour les déficients mentaux
- Côté, Louise
- Gilbert, Françoise
- Groulx, Robert
- Hanley, Allen
- Robitaille Rousseau, Monique

Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS)
- Coulombe Joly, Louise
- Houle Ouellet, Michelle
- Paradis, Raymonde
- Randlette-Caron, Noella

Association québécoise des archivistes médicales
- Breton, Suzanne
- D'Etcheverry, Mme
- Fréchette, Jean-Guy
- Martin, Françoise

Association québécoise des spécialistes en orientation et mobilité
- Tremblay, Michel

Association québécoise pour les non-fumeurs
- Bovigny, Hélène
- Larose, Janine
- Tremblay, Jean-Guy

Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ)
- Audet, Myreille
- Beauregard, Robert
- Chiasson, Béatrice
- Giroux, Monique
- Marchand, Gabriel
- Toussaint, Fernand

Chambre de Commerce du Québec (CCQ)
- Bouchard, Marc
- Courville, Léon
- Lagassé, Louis
- Lemieux, Pierre
- Létourneau, Jean-Paul

Club de recherches cliniques du Québec
- Delvin, Edgar
- Gagné, Richard
- Vinay, Patrick

Collège des naturopathes du Québec
- Bohémier, Guy
- Gagnon, Adrien
- Larose, Lise

Comité de coordination des établissements publics juifs (CCEPJ)
- Bessner, Morton
- Deskin, Archie
- Fishel, John
- Goldbloom, Victor
- Laxer, Carl

Comité de travail sur l'accessibilité des services sociaux aux communautés culturelles
- Assor, Raphael
- Barth, Marisa
- Delgado, Pascual
- Ferreira, Isaura
- Fiorani, Yanne
- Guerra, Carlos
- Hemlin, Isabelle
- Iasenza, I.
- Lainé, Denise
- Malik, Walled
- Nakashima, Kim
- Santiago, Anna
- Soave, Luciana
- Williams, Nancy

Comité pour l'accès aux thérapies alternatives (CATAL)
- Châtillon, Gilles
- Vadboncœur, Hélène

Comité provincial des malades
- Brunet, Claude
- Dutrisac, Claire
- Vaz, Jovisno

Confédération des organismes familiaux du Québec Inc. (COFAQ)
- Morel, Michel
- Saint-Laurent, Carmen
- Sylvestre, Robert

Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec
- Fortier, Gisèle
- Gagnon, Gérard
- Hamel, Carole
- Majeau, Pierre
- Trottier, Michel

Confédération des syndicats nationaux, (CSN)
Fédération des Affaires sociales, CSN
Fédération des professionnelles et professionnels salariés et cadres du Québec, CSN
- Auger, Christophe
- Brunelle, Richard
- Charland, Alfred
- Larose, Gérald
- Lessard, Yves

Conférence des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) du Québec
- Bergeron, Raynald
- Dessureault, Jean-Yves
- Morais, Hélène
- Simard, Jean-Yves
- Tremblay, Jacques
- Voisine, Claude

Conférence québécoise des centres de réadaptation
- Desjardins, C.
- Francœur, H.
- St-Pierre, Pierre

Conseil du Patronat du Québec (CPQ)
- Beauregard, Denis
- Dufour, Ghislain
- Guillemette, Michel
- Magnant, Michel
- Turenne, Denise

Corporation du personnel des centres de jour psychiatriques du Québec
- Couture, Pauline
- De Bellefeuille, Louise
- Tribble, Denise

Corporation professionnelle des conseillers en orientation du Québec
- Boivin, André
- Lavoie, Yvon Robert
- Malo, Lorraine
- Sirois, Alain

Corporation professionnelle des diététistes du Québec
- Bertrand, Lise
- Choquette, Janine
- Desaulniers, Louise
- Labrie, Francine
- Ouellet, Denise

Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec
- Derrouin, Lynda
- Dwyer, R.O.
- McEniry, Mona
- Peticlerc, Lyse
- Thouin, Louise

Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec
- DeGrandmont, Sylvie
- Hudon, Claudette

Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
- Adams, Viola
- Corriveau, Louise
- Girard, Mona
- Provost, Michel

Corporation professionnelle des médecins du Québec
- Brière, Jacques
- Lapierre, André
- Laramée, François
- Roy, Augustin

Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec
- Boudreault, Valois
- Crête, Suzanne
- Perras, Évelyne

Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec
- Caron, Ginette
- Courchesne, Élisabeth
- Girard, Patricia
- Hétu, Daniel
- Tremblay, Lise

Corporation professionnelle des psychologues du Québec
- Chabot, Marie
- Gagné, Pierre
- Léveillé, Paul-André
- Taillon, Jocelyne

Corporation professionnelle des technologistes médicaux du Québec
- Alain, Colette
- Bolduc, Lyse
- Cavanagh, Lise
- Coté, Jeannine
- Grimard, Jeanne

Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec
- Bergeron-Patenaude, Christiane
- Borgo, Joseph B.
- Candy, Pierre
- Gouthe, Ernest
- Leclerc, Madeleine

Directrice des programmes universitaires de sciences infirmières et Association des écoles universitaires de nursing, région du Québec
- Bergeron, Françoise
- Ezer, Hélène
- Goulet, Olive
- Jean, Mary Ellen
- Lalancette, Denise
- Thibaudeau, Marie-France

Doyens des facultés de médecine du Québec
- Cruess, Richard
- Gauthier, Yvon
- Potvin, Pierre

Doyens des facultés de médecine du Québec et Directeurs généraux des centres hospitaliers affiliés à une université
- Beaudry, Louis
- Cruess, Richard
- Gauthier, Yvon
- Pigeon, Gilles
- Potvin, Pierre

Fédération de l'Age d'Or du Québec
- Cambron, Rita
- Langlois, Jeanne B.
- Meloche, Paul-Émile
- Thibault, Maurice

Fédération des centres d'action bénévole du Québec
- Catellier, Raymonde
- Chévrier, Pierre
- Dubé, Diane
- Rondeau, Pierrette

Fédération des centres locaux de services communautaires (FCLSC) du Québec
- Bélanger, Jean-Pierre
- Laguerrier, Paul
- Sénéchal, Marcel
- Wilkins, Jacques

Fédération des étudiants en médecine du Canada et
Fédération des associations des étudiants en médecine du Québec
- Grondin, François
- Harris, Patrick
- Lachance, Pierre
- Lachapelle, Kevin
- Perron, Jean

Fédération des familles d'accueil du Québec
- Blanchette, Céline
- Carpentier, Georgette
- Tétrault, Ginette

Fédération des femmes du Québec (FFQ)
- Blanc, Lilianne
- Busque, Ginette
- Oak, Constance
- Salvail, Michèle

Fédération des infirmières et infirmiers unis Inc. (FIIU)
- Bissonette, Sylvie
- Bossé, Raymonde
- Lemay, Michel
- Millroy, Susan
- Whitehead, Doreau

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- DesRosiers, Gilles
- Godin, André
- Lauzière, Serge
- Richer, Clément
- Rodrigue, Jean

Fédération des médecins résidents et internes du Québec
- Bengle, Elizabeth
- Castonguay, Jacques
- Charbonneau, Jocelyne
- Gouin, Jean
- Marceau, Danièle
- Robillard, Joan

Fédération des médecins spécialistes du Québec
- Albert, Jean-Marie
- Bouchard, Marc
- Cantin, Jacques
- Desjardins, Paul
- Meilleur, Paul-André
- Molinari, Patrick

Fédération des organismes bénévoles au service des toxicomanes du Québec (FOBAST)
- Camiré, Maurice
- Couillard, Jacques
- Dubé, Lise
- Grégoire, Claude
- Grégoire, Jacques
- Linddsay, M.
- Prévost, Jacques

Fédération des syndicats professionnels des infirmières et infirmiers du Québec (FSPIIQ)
- Auger, Lucille
- Boilard, Lise
- Bourassa, Manon
- Dufresne, Francine
- Pelletier, Hélène

Fédération des transsexuels du Québec
- Duguay, Louis
- Mailloux, Pierre
- Molaison, Martine
- Raymond, Sylvie
- Stephens, Inge

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)
Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) et
L'Union des employé-e-s de service (UES)
- Daoust, Fernand
- Frénette, Jean-Guy
- Gagnon, Denise
- Giguère, Gilles
- Morin, Serge

Fédération nationale des associations de consommateurs du Québec
- Bolduc, Marcel
- Fortier, Martine
- Néron, Joanne

Fédération québécoise des associations pour la promotion de la santé intégrale (FQAPSI)
- Levasseur, Michel
- L'Hérault, Marie-André

Fédération québécoise des masseuses et massothérapeutes Inc. (FQMM)
- Olson, Germain
- Pleines, Juliane
- Tanguay, Daniel

Fondation québécoise du cancer
- Audet Lapointe, Pierre
- Ayoub, Joseph
- Chartrand, Lyette
- Crépeau, Paul
- Gélinas, Michel

Fondation québécoise sur la schizophrénie
- Houle, Jean-Raymond
- Lacombe, Daniel
- Tarcak, Norbert

Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)
- Carrière, Serge
- Mathys, Jean-Paul
- Poirier, Yvon

Guilde canadienne des opticiens d'ordonnance et
Regroupement des détaillants et corporations légalement autorisés
- Masson, Louis
- Nantais, Jacques

Institut canadien d'éducation des adultes (ICEA)
- Désilets, Esther
- Fournier, Danielle
- Sénécal, Francine

Intervenantes en approche holistique en CLSC (IAH)
- Drapeau, Colette
- Marois, Nicole

Ligue des droits et libertés et
Association québécoise pour la promotion de la santé (AQPS)
- Bouchard, Alain
- L'Hérault, Marie-André
- Levac, Johanne
- Perras, Benoît
- Plamondon, Marc

L'R des centres de femmes du Québec
- Brunet, Lise
- Hutter, Juliette
- Lessard, Louise
- Séguin, Michelle

Mouvement socialiste
- Gauvin, Germain
- Pépin, Marcel
- Poirier, Roger

Naissance-Renaissance et
Le comité Maison de naissance
- Berthiaume, Sylvie
- Brabant, Isabelle
- McKeown, Paula
- Valentini, Hélène

Nouveau parti démocratique (NPD)
- Harney, Jean-Paul
- Soderstrom, Mary

Ordre des audioprothésistes du Québec
- Choquette, André
- Lauzon, Yvon
- Trudel, Jean C.
- Vallée, Pierre
- Villeneuve, Jean-Guy

Ordre des chimistes du Québec
- Brault, J.
- Brisson, G.
- Delvin, Edgar
- Deschamps, Y.
- Laliberté, R.R.

Ordre des chiropraticiens du Québec
- Audette, André
- Bélair, Jean-Pierre
- Cyr, Raymond
- O'Neill, Yolande
- Taché-Piette, Louise

Ordre des dentistes du Québec
- Lamarche, Pierre-Yves
- Lussier, Jean-Paul
- Vincent, Jean-Robert

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- Chagnon, Monique
- Guimond, Thérèse
- Fréchette-Duchesne, France
- Larose, Odile

Ordre des naturothérapeutes du Québec Inc. (ONQ)
- Baugé-Prévost, Jacques
- Dion, Marie-Claire

Ordre des opticiens d'ordonnance du Québec
- Chapleau, Jean-Claude
- Cossette, Marc
- Godbout, Bernard
- Paquet, Marcel
- Roy, Jacques

Ordre des optométristes du Québec
- Côté, L.-M.
- Dagenais, J.-S.
- Gareau, C.
- Graham, B.-V.
- Lavoie, D.

Ordre des pharmaciens du Québec
- Cloutier, Romuald
- Marquis, Jean-Claude
- Nadeau, Jacques A.
- Noiseux, Richard
- Shara, Benjamin

Regroupement des aveugles et amblyopes du Québec
- Armstrong, Jean-Claude
- Bélanger, Pierre-Paul
- Bengio, Luna
- Doyon, Daniel
- Lavigne, Richard

Regroupement des bureaux de parrainage civique du Québec et
Bureau de parrainage civique de Pointe-Claire
- Cyr, Bernard
- De la Roche, Frank
- Farish, Francesca
- Girard, Gabrid
- Hamon, Gérard
- Labrecque, Louise
- Wright, Peggy

Regroupement des centres de santé des femmes du Québec
- Belleau, Josée
- Bouchard, Louise
- Chouinard, Johanne

Regroupement des infirmières en approche holistique de soins (RIAHS)
- Mailloux, Murielle
- Robert, Gisèle

Regroupement des infirmières et infirmiers en santé communautaire du Québec
- Bédard, Lucien
- D'Amour, Danielle
- Gagné, Francine
- Pelletier, Céline
- Van Doesburg, Louise

Regroupement des maisons de jeunes du Québec
- Coudé, Claude
- Gauthier, Benoit
- Laurier, Jean
- Papin, Denis

Regroupement des parents et amis du malade mental « La Boussole »
- Bernatchez, Jules
- Jobidon, Vesta
- Poirier, Paul-Émile
- Tremblay, G.
- Tremblay, S.

Regroupement des petits et moyens hôpitaux
- Brunet, Michel A.
- Gilbert, Léon
- Lefebvre, Camille
- Nantel, Albert

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
- Carpentier, Pierre
- Dore, Daniel
- Laurin, Claudine
- Leduc, Lise
- Morin, Paul

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence
- Bohémier, Hélène
- Chateauvert, Monique
- Fréchette, Danièle
- St-Laurent, Mariette
- Tremblay, Denyse

Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
- Audrain, Catherine
- Chalifour, Guylaine
- Ladouceur, Nicole
- Lemieux, Diane

Réseau d'action pour une santé intégrale (RAPSI)
- Corbeil, Diane
- Lambert-Lagacé, Louise
- Martel, Paul

Revue idées et pratiques alternatives et Centre alternatif de Montréal Inc.
- Léger, Roger

Samson, Bélair
- Bélisle, Robert
- Ladouceur, Robert
- Lesage, André
- Morin, André
- Trahan, Gilles

Société canadienne des technologistes en orthopédie
- Cloutier, Richard
- Poitras, Benoît

Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique
- Beauregard, Joanne
- Bouthillette, Sylvie
- Lemieux, Louise
- Perrod, Jacques
- Richard, Louise

1.1.2 Les organismes gouvernementaux et paragouvernementaux

Comité de la protection de la jeunesse
- Bélanger, Marc
- Dufour, J.A.
- Pinard, Yvon
- Roy, Michel
- Trudel, Alain

Commission des droits de la personne
- Lachapelle, Jacques
- Trudeau, Nicole

Conseil des affaires sociales et de la famille
- Blanchet, Madeleine
- Caron, Simon
- Leclerc, Yvon
- Maquiro, Robert

Conseil des collèges
- Bourget, Linda
- Drouin, Yvon
- Gauthier, Claude
- Robichaud, Suzie
- Whyte, Margaret

Conseil des universités
- Bonin, Bernard
- L'Ecuyer, Jacques
- Perron, Madeleine
- Simoneau, Richard

Conseil du statut de la femme (CSF)
- Boivin, Micheline
- Juneau, Jocelyne
- Olivier, Jocelyne

Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)
- Bertrand, Marie-Andrée
- Hodgins, Sheilagh
- Mukertee, Roman
- Perron, Madeleine

Institut de recherche en santé et sécurité au travail
- Berlinguet, Louis
- Savoie, Jean-Yves

Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
- Hébert, Anne
- Fougeyrollas, Patrick
- Robillard, Laurette

Office des professions du Québec
- Gaudreault, Marie-Esther
- Granger, Luc
- Perron, Gilles
- Roy, Louis

Régie de l'assurance automobile du Québec
- Clark, R.
- Giroux, M.
- Roy, Michel
- Roussel, Jean-Marc
- Vézina, Jean-Paul

1.2 Listes des représentations écrites soumises par les organismes et personnes non-rencontrés

Association des devenus sourds du Québec
Association des médecins spécialistes en radiothérapie
Association des ophtalmologistes du Québec
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Association des radiologistes du Québec
Association multi-ethnique des handicapés du Québec
Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie
Association québécoise des parents d'enfants handicapés visuels
Association québécoise pour la promotion de la santé
Auxiliaires bénévoles des établissements de santé du Québec
Centre québécois de ressources à la petite enfance
Centre social de la Croix Blanche
Collectif Auto-Santé pour les femmes du Québec Inc.
Collège des médecins de famille du Canada
Comité d'action des personnes handicapées
Comité de la condition féminine de l'Association des centres de services sociaux du Québec
Comité provincial de coordination des admissions (CPCA)
Comité provincial de la qualité des soins infirmiers en psychiatrie
Conférence des directeurs de départements de médecine du Québec
Faculté des sciences infirmières universitaires
Fédération des associations de familles monoparentales du Québec
Fédération des syndicats d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires du Québec
Fédération des unions de famille Inc.
Fédération pour le planning des naissances
Fédération québécoise des infirmières et infirmiers (FQII)
Fondation pour la recherche sur les maladies mentales
Institut national canadien pour les aveugles du Québec
Mouvement Retrouvailles
Ordre des comptables agréés du Québec
Regroupement des agences de services de garde en milieu familial du Québec
Regroupement des infirmières de Cégep
Regroupement inter-organismes pour une politique familiale
Société canadienne de la Croix Rouge
Société québécoise de l'autisme
Table de concertation des directeurs généraux des centres d'accueil de réadaptation pour toxicomanes
Table des organismes de personnes handicapées visuelles

2. Consultation de la région de l'Outaouais (07)

2.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Association de déficience mentale du sud-ouest de l'Outaouais
- Bénard, André
- Michaud, André

Association des ambulanciers de l'Outaouais
- Grenier, Bernard
- Julien, Serge
- Lajoie, Denis
- Séguin, Gilles

Association des bénéficiaires et familles du Centre d'entraînement à la vie de l'Outaouais
- Chateauneuf, Laurent
- Couture, Marguerite

Association des médecins omnipraticiens de l'ouest du Québec
- Chagnon, Jean-Pierre
- Gélinas, Bernard
- Matte, Clément

Boyer, Thierry
- Boyer, Thierry

Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles de l'Outaouais
- Crustin, Jeeny
- Gauvin, Lucie

Centre de services sociaux de l'Outaouais (CSS)
- Ricard, Gabriel
- Roy, Pauline
- Sénéchal, Marc

Clinique des femmes de l'Outaouais
- Massicotte, Lise
- Morin, Sylvie

Collectif des Groupes communautaires des jeunes de l'Outaouais
- Bertrand, Jacques
- Desnoyers-Racine, Nicole

Collège de l'Outaouais et
Conseil régional de l'éducation aux adultes
- Schnobb, Pierre
- Vaillancourt, Jean-Robert

Comité d'actualisation du plan de services en santé mentale de l'Outaouais
- Bernard, Claude
- Gatien, Claudette
- Lavergne, Irène
- Morin, Jean-Eudes
- Paquet, Roger

Conseil central des syndicats nationaux de l'Outaouais, CSN
- Bélanger, Louis-Michel
- Charron, Denise
- Forget, Serge
- Pellerin, Monique
- Toupin, Rémy

Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (CRSSS)
- Cloutier, Charlotte
- Hutton, Géraldine
- Raby, Ronald
- Schnobb, Pierre
- Viens, Fernande

Corporation des infirmières et infirmiers de la région de l'Outaouais
- Catellier, Claire
- Côté-Saulnier, Lucille
- Joanis, Margot
- Roy, Jacqueline
- Séguin-Langlois, Marcelle

Corporation des services ambulanciers du Québec, région de l'Outaouais
- Hewitt, Robert
- Lanoie, Gaétan
- Larose, Claude
- Shields, Michel
- Vallières, Roland

Groupe d'usagers des services en Ontario
- Davis, Roland
- Fortier, Yvonne
- Veilleux, Jocelyn

Maison Morin et Plouffe
- Beaudry, Carole
- Duquette, Annette
- Gaudreau, Yvette
- Gendron, Annette
- Mutchmore, Georgette

Naissance-Renaissance Outaouais
- Desjardins, Marie-Claude
- Emond, Madeleine
- Fouasse, Rosanne
- Piché, Michelle
- St-Onge, Micheline

Organismes pour les droits des jeunes
- Auclair, Paul
- Bernier, Nicole
- Hotte, Ghislain
- Moreau, Jacques
- Scheire, Marise
- Trudel, Guylaine

Outaouais Alliance
- Buchinski, Margaret
- Hawley-McDonald, Gail
- Henderson, Gloria
- Verrier, Norman

Pavillon du Parc Inc.
- Beauregard, Rémy
- Gaudet, Roch

Regroupement des associations des personnes handicapées de l'Outaouais
- Guilbeault, Jean
- Leeming, Diane
- Sanche, André
- St-Amourd, Louise

Regroupement des établissements de Maniwaki
- Beausoleil, Jean-Yves
- Boucher, Serge
- Langlois, Donald
- Maurice, Jean-Claude
- Robitaille, Mme
- Varin, Francine

Regroupement des organismes communautaires du 3e âge
- Schabb, Pierre
- Tremblay, Michel

Société chiropratique de l'Outaouais québécois
- Bernier, Pierre
- Lamothe, France
- Lanthier, Yves
- Paris, Denis
- Rioux, Denis

Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Montréal, région de l'Outaouais
- Bourassa, Manon
- Desmarais, Rolande

Table de concertation des directeurs généraux des CLSC de l'Outaouais
- Allard, Robert
- Dufour, Aurèle
- Laguerrier, Paul
- Paquin, Pierre
- St-Denis, Jocelyn

2.2 Liste des organismes visités

Centre d'accueil de Gatineau*
Centre d'accueil Les jeunes de l'Outaouais*
Centre d'adaptation et de réadaptation La Ressourse*
Centre de services intégrés de Mont-Laurier*
Centre hospitalier de Shawville
CLSC de la Rivière Désert
Établissements de la Gatineau
Maison Réalité*

2.3 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et les personnes non-rencontrés

Comité de citoyens de Gatineau
Dupuis, Mme Gabrielle
Fraternité des sourds/es de l'Outaouais
Rinfret, Claude, J.
Société d'arthrite

3. Consultation de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (08)

3.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Albatros 08
- Bilodeau, Francine
- Bolduc, Athanase
- Bolduc, Lucille
- Gélinas, Denyse, C.

Assaut sexuel secours de Val d'Or
- Lévesque, Madeleine
- Noel, France
- Saucier, Janette

* Les organismes visités ayant un astérix ont également soumis des représentations écrites.

Association des parents d'enfants handicapés du Témiscamingue
- Brouillard, Marceline
- Champagne, Micheline
- Légaré, Françoise
- Riendeau, Isabelle

Association du diabète de l'Abitibi-Témiscamingue
- Baril, Cyril
- Dupras, Robert
- Gosselin, Madeleine
- Legault-Roy, Suzanne
- Trudel, Paul-Emile

Centre de bénévolat du Lac Témiscamingue
- Doire, Bernadette
- Labbé, Jean-Claude

Centre des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CSS)
- Marier, Jean
- St-Germain, Marie
- Zaniolo, Renato

CLSC Les Aurores Boréales
- Hébert, Rolande
- St-Louis, Lucie
- Tessier, Serge

Conseil central des syndicats nationaux du nord-ouest québécois, CSN
- Caouette, France
- Labonté, Jacques
- Leduc, Yvon
- Paquin, Michel

Conseil de module des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
- Belley, Marie-Claude
- Giguère, Monique
- Lavergne, Fernande

Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSS)
- Bergeron, Raynald
- Guimond, Joanne
- Thiboutot, Jean-François

Lebel, Suzanne

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
- Bordeleau, Louis

Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Montréal, région Abitibi
- Gélinas, Johane N.

Table de concertation CLSC Le Partage des eaux
- Boucher, Marjolaine
- Picard, Huguette
- Ramsay, Michèle
- Savage, Daniel
- Trudel, Réjeanne

Table de concertation en prévention du suicide
- De Varennes, Serge
- Gélinas, Denis
- Grenier, Hugues
- Lampron, Michel
- Moisan, Pierre
- Paré, Rollande

3.2 Liste des organismes visités

Alternatives pour Elles
Centre d'accueil Duhamel
Centre de santé Ste-Famille*
Clinique médicale du cuivre
Maison Rouyn-Noranda au Lac Flavrian*
Services de réadaptation du Centre hospitalier St-Jean (Macamic)*
Unité de médecine familiale au Centre hospitalier Rouyn-Noranda*

3.3 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et personnes non-rencontrés

Centre hospitalier St-François d'Assise
Centres d'accueil et d'hébergement de l'Abitibi-Témiscamingue
Chambre de Commerce de Rouyn-Noranda
Comité de parents des bénéficiaires en soins prolongés du Centre hospitalier St-Sauveur à Val d'Or
Délégation régionale des maisons d'hébergement de l'Abitibi-Témiscamingue
Désilets, Carole
Fortin, Pauline et Desjardins, Isabelle
Garderie Bonn'Aventure d'Evain et C.E.P. Rouyn-Noranda
Hétu, Jean-Pierre
Infirmières et infirmiers auxiliaires de la région du nord-ouest québécois
Leclerc, Guy
Référence Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
Syndicat des travailleuses et travailleurs de l'enseignement du nord-ouest québécois

4. Consultation de la région Mauricie/ Bois-Francs (04)

4.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Alliance Québec, St-Maurice Valley Chapter
- DeForest, Marie
- Dousett, Charlotte
- Fontaine, Anne

Association des médecins omnipraticiens des Bois-Francs et Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie
- Despins, Jean-Pierre
- Jutras, Pierre
- Lauzière, Serge
- Philibert, Jean-Claude

Association québécoise pour la défense des droits des retraités et pré-retraités, section Des Chenaux, AQDR
- Dubois, Philippe
- Lizé, Gisèle
- Massicotte, Suzanne
- Veillette, Jacqueline
- Veillette, J.M.

Centre d'accueil Les Pavillons Laforest
- Châteauneuf, Charles
- Guérette, Wilfrid
- Home, Michel
- Landry, Michel

Centre d'accueil Ville-Joie St-Dominique
Doucet, Jean-Guy
Dubé, Louis-Marie
Roberge, Claude
Tomassin, Michel

Centre de santé des Femmes de la Mauricie
Cantin, Danielle
Drolet, Mireille

CLSC Normandie et CLSC Des Chenaux
Baril, Jeanette
Gagné-Matte, Rita
Gingras, Donat
Lebel, Gaétan

Comité des bénéficiaires du Centre d'accueil Luc Désilets
Drouin, L.
Fugère, Francine
Tourville, Gisèle

Conférence régionale des centres hospitaliers
Boucher, Pierre
Farizy-Chauvin, Marie-Joseph
Perreault, Gilles
Philibert, Michel
Vaillancourt, Mathieu

Conseil central des syndicats nationaux de Trois-Rivières, CSN
Conseil central des syndicats nationaux de Shawinigan, CSN
Conseil central des syndicats nationaux de Drummondville, CSN
Conseil central des syndicats nationaux des Bois-Francs, CSN
Bouchard, Andrée
Davidson, Marielle
Fleurant, Jacques
Fournier, Pierre
Montpas, Thérèse

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital Ste-Croix et de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska
Hôpital Ste-Croix:
Côté, Alain
Fortin, Jean-Claude
Matte, Gilbert
Hôtel-Dieu d'Arthabaska:
Bétit, Jean-Luc
Brière, Claude

Conseil régional des services de santé et des services sociaux de la région 04 (CRSSS)
Beaudoin, Normand
Boisvert, Maurice
Dessureault, Jean-Yves
Leblanc, Guy
Marion, Thérèse

Département de santé communautaire, Hôpital Sainte-Croix
Daneault, Serge
Fortin, J.C.
Jutras, Germain
Lamarche, J.
Rousseau, S.

Département de santé communautaire du Centre hospitalier Sainte-Marie
Boisvert, Réal
Guillemette, André
Lajoie, Mireille
Poirier, M.
Poulin, Maurice

Groupe de soutien d'allaitement maternel, secteur Normandie
Boivin, Suzanne
Brunelle, Linda
Charland, Suzanne
Pouliot, Nicole
Trudel, Sylvie

Office diocésain de pastorale de Trois-Rivières
Barolet, Marcel
Bélanger, Hélène
Bélanger, Madeleine
Purcell, Pierre

Organismes de base en santé mentale, région 04
Châteauneuf, Guy
Guillemette, François
Lafontaine, Liette
Laplante, Lise
Tancrède, Luc

Parrainage civique Drummond Inc.
Beaudoin, France
Bourgault-Cormier, Micheline
Vaillancourt, Lise

Poirier, Daniel

Regroupement d'associations des infirmières auxiliaires de la région 04
Boucher, Hélène
Dumont, Huguette
Guay, Diane
Harvey-Duval, Pauline
Lamothe, France

Regroupement des tables jeunesse de la région Mauricie
Francœur, Guy
Godin, Guy

Services d'infirmières auxiliaires à domicile Enr.
Barbeau, C.
Dupont-Mailhot, Céline
Rheault, M.-P.

Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Trois-Rivières
Arsenault, Danielle
Baron, Danièle
Chabot, Louise
Germain, Françoise K.
Paré, Guy

4.2 Liste des organismes visités

Atelier des jeunes de Victoriaville, Centre de services sociaux du Centre du Québec, succursale Bois-Francs
Centre d'accueil La Maison Ste-Clothilde de Drummondville
École St-Pie X de Drummondville
Table de concertation sous-régionale (centre Mauricie-Normandie) de Shawinigan

4.3 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et personnes non-rencontrés

Académie de massage scientifique
Auto-Psy de la Mauricie

Centre d'accueil Georges Hébert
Centre de services sociaux du Centre du Québec, succursale de Drummondville
Clinique de réadaptation de Trois-Rivières
Corporation de développement économique de la région de Louiseville
Groupe de parents
Huard, Guy
Regroupement des centres d'action bénévole du Québec
Société québécoise de l'autisme
Table de concertation des organismes bénévoles et communautaires
Table de concertation en santé et services sociaux

5. Consultation de la région Laurentides/ Lanandière (06B et 06D)

5.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Alliance Québec chapters: Laval/North Shore, Lower Laurentians, Upper Laurentians
- Brooks, Jeff
- Miller, Gordon
- Napp Marchand, Janice
- Stephens, Heater
- Warbanks, Jim

Association des Centres d'accueil privés autofinancés Inc.
- Bergeron, Roger
- Charbonneau, Pierre
- Fournier, Louis-Henri
- Leblanc, J.A.O.

Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière
- Boucher, Jean-Pierre
- D'Annusio, Mario
- Laporte, Sylvain
- Pilon, Pierre

Association pour la défense des droits des retraités et des pré-retraités (Section Brandon), AQDR
- Alarie, Jean-Paul
- Alarie, Thérèse
- Beausoleil, Jeanne-d'Arc
- Beausoleil, Maurice

Association solidarité d'Argenteuil Inc.
- Dupuis, Monique
- Pépin, Gracia
- Trépanier, Richard

Atelier Ensemble on s'tient
- Desjardins, Denyse
- Desjardins, Manon
- Goyette, Anne-Marie
- Gratton, Monique
- Perron, Yolande

Centre d'accueil de réadaptation, l'Atelier du fil au Bois
- Lamontagne, Monique
- Larocque, Jacques
- Lomprai, Alain
- Moquier, Danielle

Centre d'accueil des Laurentides
- Arsenault, Dominique
- Blaise, Alain
- Boily, René
- Hotte, Roger
- Laliberté, Robert

Centre d'accueil, Le Pavillon André Boudreau
- Dubuc, Pierre
- Dugré, Hélène

Centre de réadaptation du Contrefort
- Dallaire, Simon
- Lefebvre, Jean-Maurice
- Lippé, Michel
- Noel, Gerry
- Painchaud, Gilles
- Provost, Richard
- Roy, Charles
- St-Onge, Ghislain

Centre de réadaptation Le Bouclier
- André, Christian
- Bolduc, Lise
- Coutu, Alain
- Dumaine, Michel
- Muller, Maryke

Centre de services sociaux Laurentides-Lanaudière (CSS)
- Beauséjour, Germain
- Dupont, Robert
- Lapointe, Miville
- Lebeau, Thomas
- Leblanc, Serge

Centre hospitalier d'Youville
- Gervais, Jean-Roch
- Knot, Albert
- Laroche-Chapleau, Denise

Cercle de Presse de Lanaudière Inc.
- Fréchette, Yves
- Gravel, Lucie
- Rainville, Francine

CLSC des Hautes Laurentides et
Table de concertation de la MRC Antoine Labelle
- Desautels, André C.
- Huberdeau, Gilles
- Julien, Denise
- Massé, Michel

Comité sur la santé mentale et
Association des directeurs généraux de CLSC de la région Laurentides-Lanaudière
- Baroni, Lise
- Flaubert, Marc
- Flavien, Yves
- Masse, Pierre
- Roy, Suzanne

Commission scolaire de l'Industrie
- Houle, Michel
- Laurin, René
- Lavallée, Maurice
- Roy, Jacques

Commission scolaire de Saint-Jérôme
- Archambault, Yves
- De Garie, Pierre
- Michaud, Guy

Conseil Action Travail Jeunesse des Moulins Inc.
- Lagrenade, Claude

Conseil central des syndicats nationaux des Laurentides, CSN et Conseil central des syndicats nationaux de Lanaudière, CSN
- Bray, Gisèle
- Dion, Jean-Marc
- Drolet, André
- Rondeau, Lucette
- Vigneault, Carmelle

Conseil de la santé et des services sociaux de Lanaudière et des Laurentides (CRSSS)
- Beaulieu, Yvon
- Beaupré, Jacques
- Desrochers, Marc
- Foisy, Jean-Marc
- Goyer, Noella
- Grondin, Jean
- Léger, Michel
- Perreault, Jean-Pierre

Conseil régional des centres d'accueil Laurentides-Lanaudière
- Martin, Huguette
- Massé, Raymond

Département de santé communautaire de Lanaudière
- Gosselin, Liette
- Marcoux, Laurent
- Payette, Jean-Claude

Groupe de concertation régionale de Lanaudière et des Laurentides sur les services socio-sanitaires offerts aux femmes
- Boudrias, Françoise
- Brabant, Louise
- Hotte, M.
- Lanoix, Aline
- Lazure, Carole
- Moise, Suzanne
- Rocheleau, Lucille

Le Réseau Inc.
- Allard, Lynda
- Hérard, Rosair
- Riopel, Raymon

Maison Entre-Temps Inc.
- Brisson, Renée
- Cantin, Jacques
- Matte, Christiane
- Paquette, Gilles

Maisonnée Laurendière
- Archambault, Yves
- Cousineau, Andrée
- Duquette, Micheline
- Goyet, Noella
- Richard, Ronald

Office de pastorale familiale
- Cormier, Ronald
- Sylvain, Yvon

Pavillons Jeunesse Joliette Inc.
- Allard, Pierre-Paul
- Boisjoli, Guy
- Larose, Bernard
- Ratelle, Michel
- Robert, Gaston

Régional des maisons de jeunes des Laurentides Inc.
- Laplante, Georgette
- Lefebvre, Manon
- Meloche, François
- Walsh, Gisèle

Regroupement des médecins de CLSC de Lanaudière-Laurentides
- Ladouceur, Robert
- Tremblay, Marino

Regroupement pour la concertation des personnes handicapées des Laurentides
- Clermont, Robert
- Dagenais, Jacques
- Lampron, Cécile B.,
- Riopel, Raymond

Sommet économique permanent de Lanaudière
- Arbec, Paul
- Lupien, Philippe
- Redmond, John A.
- Tellier, Jean-Yves

Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Montréal, région Laurentides-Lanaudière
- Bourassa, Manon
- Desmarais, Rolande
- Rondeau, Richard

Table de concertation des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de Lanaudière-Sud
- Houle, Michel
- Laurin, Jacques
- Leblanc, Daniel
- Maynard, Jacques
- Poirier, Yvon

Table de concertation des Laurentides Centre
- Allard, Jean-Pierre
- Bernier, Michel
- Desjardins, Liette
- Gagnon, Rémi
- Gervais, Jean-Roch
- Roy-Labelle, Henriette

Table de concertation régionale des associations de personnes handicapées de Lanaudière
- André, Christian
- Beaudoin, Luc
- Frigon, Jean-Guy
- Lauzier, Claudia
- Muller, Maryke

Table d'échange des intervenants des organismes communautaires jeunesses de Joliette
- Desrochers, Chantal
- Lafortune, Danielle
- Lambert, Jean-Pierre
- Marchand, Clémence
- Papin, Claudine

5.2 Liste des organismes visités

Boiserie du Coin*
CAR La Ruche
Centre hospitalier d'Youville
Centre hospitalier régional de Lanaudière*

CLSC Joli-Mont*
Foyer de réadaptation Jacques
Foyer Joliette
Maison des jeunes des Basses-Laurentides
Maisonnée Laurendière

5.3 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et personnes non-rencontrés

Comité de citoyens pour la Sauvegarde du CLSC Brandon
Commission scolaire Laurentienne
Municipalité régionale de comté des Deux-Montagnes

6. Consultation de la région du Saguenay/ Lac St-Jean (02)

6.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Assemblée régionale des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Saguenay/Lac St-Jean
- Barrette, Louis-René
- Miron, Michel
- Paradis, Serge
- Savard, Yves

Association des médecins omnipraticiens du Saguenay/Lac St-Jean
- Drolet, Daniel
- Gaudreault, M.
- Villeneuve, Georges-H.

Association des parents requérants en adoption internationale du Saguenay/Lac St-Jean
- Doré, L. Marilouy
- Girard, Michel

Association québécoise pour la défense des droits des pré-retraités et retraités (St-Félicien), AQDR
- Bhérer, Isabelle
- Boulianne, Yvette
- Hébert, Lucette
- Ouellet, Germaine
- Martel, Réjeanne

Association québécoise pour la défense des droits des pré-retraités et retraités (Jonquière), AQDR
- Bujeault, Gertrude
- Dassylva, Marie
- Devost, Ernestine
- Frève, Claire

et Les Aînés J.A.K. Inc.
- Bouchard, Lionel
- Clavet, Raymonde
- Ellefsen, Georgette
- Lavoie, Jean-Charles

Centre bénévole de mieux-être de Jonquière
- Baron, Suzanne
- D'Anjou, Anne-Marie
- Michaud, Madeleine
- Nicole, Hélène

Centre de prévention du suicide
- Côté, Julienne
- Delisle, Constant
- Dion, R.
- Gravel, Robert
- Rousseau, Gilles

Centre de rencontre « Le Phare » Inc. et Centre de rencontre « L'Escale »
- Corriveau, Jennifer-Ann
- Giffard, Gaston
- Tremblay, Chantal
- Tremblay, Jean-Eudes

Centre du mieux-vivre
- Dassylva, Louise
- Gravel, Denise

Centres de réadaptation (02), comité MSA
- Beaumont, Lucien
- Bédard, Claude
- Pearson, R.

Club social pour personnes handicapées Norlac
- Bussière, Robert
- Moreau, Suzanne

Comité consultatif régional en santé mentale
- Boivin, Paul
- Bouchard, Josette
- Girard, Ghislain
- Harvey, Murielle
- Laberge, Laval
- Lajoie, Réal
- Ouellet, Bernard

Comité des centres d'hébergement du Saguenay/Lac St-Jean
- Bergeron, Gilles
- Fleury, Jean-Yves
- Girard, Jean-Marie
- Théberge, Claude

Conseil central des syndicats nationaux du Saguenay/Lac St-Jean, CSN
- Bérubé, Albert
- Dumas, Maurice
- Gauthier, Claude
- Lemelin, Serge

Conseil régional des services de santé et des services sociaux du Saguenay/Lac St-Jean (CRSSS)
- Belley-Simard, Florence
- Carrier, André
- Legault, Luc
- Preston, Germaine
- Voisine, Claude

Corporation de recherche et d'action sur les maladies héréditaires
- Dancause, Gisèle B.
- Guérin, Michel
- Perron, Michel

Corporation des familles d'accueil pour adultes
- Aubin, Marthe
- Bouchard, Andrée
- Tremblay, Auralie

Département de santé communautaire, Hôpital de Chicoutimi
- Bouchard, Carmen
- Bouchard, Josette
- Desmeules, Paul
- Lajoie, Réal
- Otis, Jean-Claude
- Perron, Marcel
- Wallot, Hubert

Département de santé communautaire, Hôtel-Dieu de Roberval
Ajmo, Steeve
Couture, Régis
De la Boissière, Louise
Larouche, Renaud
Riverin, Léopold

Groupe d'action communautaire de l'APRS Inc. et
Groupe d'action communautaire de santé bénévole Inc.
Dufour, Charlotte
Gagné-Lavoie, Jeanne
Lavoie-Otis, Lisette
Simard-Boudreault
Simard-Côté, Lorraine

Institut Roland Saucier
Larouche, Carol
Martel, Lucien
Wells, Nicole

Inter-Gophs
Boudreau, Lucette
Brière, Lise
Tremblay, H.

Préfets et sous-préfets des municipalités régionales de comté et
Groupe de maires de municipalités de la région Saguenay/
Lac St-Jean/Chibougamau/Chapais
Blackburn, Ulric
Brassard, Henri-Paul
Jacques, Eric
Laprise, Benoit
Tremblay, Jean-Charles
Vallée, Gaston

Psychiatres du Saguenay
Plourde, Camille
Rochette, Denis
Simard, Normand
Tremblay, François

Regroupement des intervenants du milieu, CLSC des Prés bleus
Desbiens, Lise
Fortin, Johanne
Fraser, Johanne
Généreux, Bernard

Regroupement des maisons d'hébergement pour femmes
Guimond, Antice C.
Tremblay, Louise
Vaillancourt, Marthe

Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Chicoutimi
Beaulieu, Daniel
Muir, Carole

Trois groupes du « 205 » Bossé :
Association des travailleurs et travailleuses accidenté(e)s du Saguenay/
Lac St-Jean (ATTAS) et
Regroupement des assisté(e)s sociaux(ales) de Chicoutimi (RAS) et
Comité des chômeurs et chômeuses du Saguenay (CCCS)
Bérubé, Jean-Denis
Dubord, Sylvie
Dusablon, Jean-Marc
Lapointe, Réjeanne
Néron, Catherine
Poirier, Danièle
Tremblay, Alonzo

6.2 Liste des organismes visités

Alcan
Centrart, Ville de la Baie
Centre communautaire Horizon
Centre d'accueil Georges Hébert*
Centre de rencontre « Le Phare »*
Clinique de dystrophie musculaire de l'Hôpital de Chicoutimi
Commission des services communautaires, Centre Amishkuisht
Institut La Chesnais de Roberval
Maison des jeunes « Le Macadam » de Chicoutimi*
Service d'information et de référence du Lac

6.3 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et les personnes non-rencontrés

Amicale régionale des sourds du Saguenay
Association de paralysie cérébrale du Québec, chapitre
Saguenay/Lac St-Jean
Association des cadres intermédiaires des affaires sociales de
l'Hôtel-Dieu de Roberval
Association des personnes handicapées visuelles de la région 02
Association féminine d'éducation et d'action sociale du
Saguenay/Lac St-Jean, AFEAS
Club Social Le Goéland Inc.
Conférence régionale des hôpitaux de la région 02
Intervenant(e)s membres du Conseil d'administration du CLSC
Saguenay-Nord
Naissance Renaissance Saguenay
Service budgétaire populaire « Dynamique »

7. Consultation de la région du Bas-Saint-Laurent/ Gaspésie/Iles-de-la Madeleine (01A et 01B)

7.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Action Travail Chaleurs Inc.
Gauthier, Jean-Pierre
Mailloux, Alain

Association des handicapés des Iles et Corporation du Foyer du Lien
Delaney, Anne-Marie
Dupont, Jean
Longuépec, Jules
Miousse, Georges

Association des handicapés Val-Rosiers
Aubé, Marc-André
Castonguay, Anne-Marie
Joncas, Pierrette
Packwood, Réjean

Association des médecins omnipraticiens de la Gaspésie et
des Iles-de-la Madeleine
Dubois, D.
Gauthier, G.

Association des médecins omnipraticiens du Bas St-Laurent
Lebel, Gilbert
Michaud, Claude
Soucy, Marcel
Tremblay, Pierre-Paul

Association Joie de Vivre Inc.
- Duguay, C.
- Le Bouthilier, D.
- Sauriol, J.-C.

Association québécoise pour enfants avec problèmes auditifs, secteur Gaspésie
- Bécu, Martin
- Landry, Gaétane
- Paquet, Nicole
- Poirier, Georges-Etienne

Carrefour Unité (Iles-de-la-Madeleine)
- Desrape, Léonce
- Leblanc, Jean-Louis
- Leblanc, René
- Thériault, Danielle

Centre d'accueil Villa Plaisance
- Bourgeois, Henri-Paul
- Cyr, Claudette
- Gaudet, Simone
- Lacoste, Frank
- Lapierre, Léonard
- Petitpas, Adélina
- Petitpas, Maurice
- Poirier, Gisèle B.
- Renaud, Judes
- Rodgers, Paul-Cyr

Centre de travail et de transition des Iles
- Bastille-Miousse, Jacinthe
- Chapdelaine, Louisette
- Dupont, Jean-Guy
- Leblanc, Félix
- Leblanc, Ludger
- Leblanc, Mireille
- Leblanc-Thorne, Odette
- Richard, Guylaine
- Tremblay, Jean-Guy

Centre hospitalier de Chandler
- Clopperton, Gage
- Coulombe, Marcel
- Lambert, Yves
- Potvin, Marisa, D.

Centre hospitalier de l'Archipel (C.M.D.P.)
- Arseneau, Jérôme
- Arsenault, Lorne
- Carrier, Ginette
- Chevrier, Elie
- Cyr, Léo
- Delorme, Céline
- Demers, Alain
- Desrosiers, René
- Duguay, Bernard
- Dumont, Jacques
- Dun, Richard
- Gallant, Jacqueline
- Lanctôt, Guy, R.
- Plante, B.
- St-Aubin, Jean-Jacques
- Saillant, Pierre
- Therrien-Saillant, Lorraine
- Tougas, Dominique

Centre hospitalier régional de Rimouski
- Brodeur, Roger
- Héroux, Jean-Roger
- Jean, Ghislain
- Lamontagne, Andrée

CLSC des Iles
- Arseneau, Irène
- Arseneau, Thérèse
- Bénard, Pierrette
- Chevarie, Germain
- Chevarie, Roger
- Chevrier, Elie
- Decoste, Denise
- Decoste, Ulric
- Deraspe, Léonce
- Deveau, Amella
- Forest, Monique
- Landry, Joan
- Lapierre, Denise
- Lapierre, Estelle
- Leblanc, Huguette
- Leblanc, Serge
- Turbide, Lise
- Turbide, Suzanne
- Vigneault, Eli

Club de l'Age d'Or de St-Anaclet
- Emond, Martine
- Ruest, Gilberte
- Ruest, Victorien

Collège de la Gaspésie et des Iles (les départements de techniques d'assistance sociale et techniques d'éducation spécialisée)
- Bourque, Jules
- Leclerc, Gilles
- Michaud, Paul
- Villeneuve, Jean-Pierre

Comité d'action pour le développement des ressources pour personnes du troisième âge du territoire de la MRC Côte de Gaspé
- Bisson, Rosario
- Bujold, Juliette
- Cloutier, Humbert
- Fitzpatrick, Lewis
- Fournier, Raynald

Comité d'action sociale anglophone (Committee for Anglophone social Action)
- Astles, Mary E.
- Leblanc, Margareth
- Patterson, Albert
- Richards, Joan

Comité de collaboration des établissements de santé et des services sociaux de la MRC Côte de Gaspé
- Boutin, Paul-Henri
- Lachance, Harry
- Plourde, Jean-Claude

Comité des citoyens de Ste-Angèle-de-Mérici Inc.
- Banville, Jean-Marie
- Pilote, Rita
- Renaud, Hélène

Commission de planification des services de santé mentale
- Asselin, Michel
- Bouchard, C.
- Godin, Michel
- Paquet, Christiane
- Pineault, Y.

Commission scolaire des Iles
- Cummings, Georges
- Roy, Rollande L.
- Vigneau, Roméo E.

Conseil central des syndicats nationaux de la Gaspésie, CSN
- Blais, F.
- Dion, R.
- Fontaine, Marcel
- Keighan, M.
- Thibodeau, L.

Conseil central des syndicats nationaux du Bas St-Laurent, CSN
- Boucher, M.
- Côté, A.
- Malenfant, G.
- Lehir, V.
- Racine, C.

Conseil régional de développement de l'Est du Québec
- Gagné, Robert

Conseil régional des centres d'accueil
- Bélanger, A.
- Moreau, V.
- Parent, C.
- St-Onge, A.

Conseil régional des services sociaux du Bas St-Laurent, de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine (CRSSS)
- Anctil, Ronald
- Dufour, Mme
- Gamache, Martin
- Pelletier, Michel Y.

Corporation des ambulanciers de la Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine
- Carbery, John

Corporation des services ambulanciers du Bas St-Laurent
- Bernier, Richard
- Gosselin, Carol
- Ouellet, Jean-Guy
- Rioux, Jean-Guy

Département de santé communautaire, Centre hospitalier régional de Rimouski
- Maguire, Robert

Département de santé communautaire, Hôtel-Dieu de Gaspé
- Auger, Roland
- Boutin, Henri-Paul
- Forest, France-Laurent
- Ste-Croix, Louis-Philippe

Département des techniques d'assistance sociale, Collège de Rimouski
- Rondeau, Nicole
- Savard, Jacques
- Thériault, Serge

Établissements de santé de la Vallée de la Matapédia
- Bourgeois, Didas
- Bussiacchi, Robert
- Marquis, Philippe
- Martin, Rock
- Pelletier, Claude

Femmes en mouvement Inc.
- Brinch, Christiane
- Brinch, Lucille
- Côté, Jocelyne

Fonds B.B.R. Inc.
- Banville, Claude
- Bérubé, Nicole
- Boucher, Martin
- Ross, Jocelyn
- St-Cyr, Jean-Pierre

Groupe de recherche Ethos
- Bélanger, Rodrigue
- Dumais, Monique
- Fortin, Pierre
- Parent, Pierre-Paul
- Thériault, Jean-Yves

Maison des Jeunes
- Boudreault, Colette
- Chevarie, Roger
- Gaudet, Serge
- Labadie, Réjean
- Petitpas, Gilbert
- Reveau, Amella

Maison des Tournesols Inc.
- Bélanger, Louise
- Cormier, Daniel

Municipalité régionale du Comté des Basques
- D'Amours, Jean-Marie
- Renaud, Hélène

Point de service du CLSC Grosse-Ile
- Boudreault, Connie
- Clark, Ruth
- Clarke, Irma
- Goodwin, Robina
- Keating, Paméla
- Welsh, Sherry

Regroupement des assistés sociaux des Iles
- Chevrier, Hélène
- Cyr, Mme

Regroupement des associations de personnes handicapées de la Gaspésie
- Aubé, Marc-André
- Castonguay, Anne-Marie
- Dumas, Rollande
- Ouellet, Emile
- Packwood, Réjean

Regroupement des femmes de la région de Rimouski
- Bergeron, Françoise
- Corbeil, Isabelle
- Forest, Louise
- Lacasse, Carolle
- Laterrière, Hélène

Regroupement des femmes la SentinElle Inc.
- Cyr, Marielle
- Langford, Yvonne

Miousse, Marjolaine
Roy, Michelle
Thériault, Danielle

Regroupement des organismes Action-Travail du Bas St-Laurent, de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine
Bélanger, Denis
Charest, Guy
Côté, Pierre
Garnier, Michelle
Lavoie, Danielle

Regroupement des organismes de promotion du Bas du Fleuve
Belzile, Yvon
Bujold, M.
Goudreault, Louiselle
Lavictoire-Marquis, Monique
Lebrun, Alain

Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers du Bas St-Laurent
Barriault, Micheline
Lacasse, Andrée
Rondeau, Estelle
Vézina, Gaétane

Table de concertation en alcoolisme et autres toxicomanies MRC Pabok
Chouinard, Jean-Pierre
Duguay, Chantal
Mercier, Bernice

Table de concertation en santé mentale de la Baie des Chaleurs
Arsenault, Robert
Doiron, Médor
Gignac, Monique
Marion, Michel
Nadeau, M.
Robitaille, Pierre-Guy

Table de concertation pour clientèle en difficultés des Iles-de-la- Madeleine
Chevarie, Germain
Cyr, Léo
Delaney, Anne-Marie
Desrosiers, J.-René
Dupont, Jean
Lapierre, Léonard
Roy, Yollande
Tremblay, Jean-Guy

Table des directeurs généraux et des directrices générales des CLSC et du CS de la région 01
Asselin, Michel
Bélanger, Monique
Gagnon, Paul-Eugène
Leblond, Roger
Michel, Clément

Table régionale des centres de bénévolat de la région est du Québec
Blanchet, Nicole
Castonguay, Alain

Unités Domrémy de la région 01
Boucher, Samuel
Brisson, Louis-Philippe
Cyr, Denyse
Gauthier, Bertrand
Henley, Gaston

7.2 Liste des organismes visités

Action et Joie de Vivre Inc.
Centre d'accueil Le Cabestan*
Centre d'accueil Les Arnets
Centre d'accueil L'Escale (réadaptation pour toxicomanes)*
Centre d'accueil L'Oasis Enr.*
Centre de jour du CLSC de Matane*
Centre hospitalier d'Amqui
Corporation de l'Hôpital des Monts*
Pavillon de la Montagne (Centre d'accueil de réadaptation)*
Résidence de Mont-Joli Inc. (La)*
Résidence St-Joseph à Maria*
Unité de médecine familiale de Gaspé (Centre hospitalier l'Hôtel-Dieu de Gaspé)*

7.3 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et les personnes non-rencontrés

Association des agents pour le développement économique de l'Est du Québec
Centre d'accueil du Littoral Inc.
Commission de planification des services aux personnes âgées
Cormier, Monique
Maison Enfants de Gaspé
Mongeau, Paule
Table de concertation pour clientèle en difficultés des Iles-de-la-Madeleine

8. Consultation de la région de l'Estrie (05)

8.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie
Bergeron, H.
Roy, Françoise
St-Pierre, Yves

Association des parents et amis des malades mentaux
Forest, André
Morin, Jean
Pinero, Francisco
Tremblay, Jean

Centre d'accueil de Dixville Inc.
Kyle, Brian
Lapointe, Claude
Miller, Pierre
Yates, R.

Centre d'action bénévole de Windsor
Fowler, Yolande

Centre de santé des femmes de Sherbrooke Inc.
Dallaire, Jeanne-Mance
Down, Nicole
Lemieux, Lucie
Martel, Aline
Plamondon, Claire

Centre Notre-Dame-de-l'Enfant
Bacon, Yvan
Marcoux, Armand
Sprajcer, Margela

Conseil central des syndicats nationaux de Sherbrooke, CSN
- Cliche, Janvier
- Demers, Claude
- Gingras, Pierre
- Girard, Diane
- Hébert, Danielle

Conseil consultatif du personnel clinique du Centre de services sociaux de l'Estrie
- Fillion, Joanne
- Guilmaine, Claudette
- Mercier, Lilianne

Conseil régional de santé et des services sociaux de l'Estrie (CRSSS)
- De l'Orme, Jean-Claude
- Dubreuil, Michel
- Lalancette, Denise
- Painchaud, Albert

Corporation des infirmières et infirmiers de la région de l'Estrie
- Dionne, Michelle
- Hagan, Louise
- Lapointe, Sylvie

Fonds de bienfaisance des policiers de Sherbrooke
- Dion, Roger
- Dussault, Jean-Guy
- Giroux, Claude
- Pellerin, R.

Glezos, Jean, sage-femme

Hôpital d'Youville
- Baron, Michel
- Belisle, Serge
- Dorval, Paul-André
- Hébert, Réjean
- Voyer, Gilles

Institut de massage-réflexologie Bernardin Inc.
- Bernardin, Michael

Maison Paternelle
- Grenier, Fernand
- Grondin, Luc
- Lacroix, Joseph

Professeurs du département d'assistance sociale du Cégep de Sherbrooke
- Bessette, Sylvie
- Desmarais, René
- Dion, Hélène
- Giasson, Omer

Regroupement des centres d'accueil d'hébergement publics et privés conventionnés de la région de l'Estrie
- Bergeron, C.
- Breault, J.-B.
- Breault, Normand
- Lavoie, Bertrande
- Poisson, Jean-Yves

Regroupement des maisons de jeunes de la région 05 Inc.
- Chartrand, Johanne
- Dostie, Luce
- Jutras, France
- Plante, Richard
- Savard, Charles

Regroupement des praticiens et praticiennes en service social scolaire
- Grondin, Réal
- Lemay, Gilles
- Marcoux, Carolle
- Picard, Francine
- Richard, Robert

Relais St-François et Institut Val du Lac
- Dupuis, Maurice
- Godbout, Egide
- Leclerc, Jacques
- Parr, Jean-Louis

Service d'éducation « Les Alernatives en Santé »
- Gendron, Robert-Léo
- Leroux, Jean-Jacques

Seuil de l'Estrie Inc.
- Lippé, Jean

Société chiropratique de l'Estrie
- Bureau, Martine
- Duguay, Y.
- Gagnon, Hélène
- Gobeil, Michel

Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de l'Estrie
- Bergeron, Anne
- Brassard, Diane
- Tardif, Denise

Table des directeurs généraux des CLSC de la région 05
- Bisson, Marie-France
- Boucher, G.
- Dumas, Gaétan
- Raymond, Edgar

Townshippers Association
- Creary, Ronald
- Dow, Cynthia
- Goodsell, Della
- Ross, J.

Villa Marie-Claire
- Breton, Louisette
- Delisle, Martial
- Ostiguy, Louise
- Roy, Nicole

8.2 Liste des organismes visités

Boutique Santé 2000*
Carrefour du Partage de Magog Inc. et Accueil Notre Dame Inc.
CLSC Gaston Lessard*
Corporation « Un toit pour moi »*
La Cordée, transit de jour Inc.*

8.3 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et les personnes non-rencontrés

Communication animation (Mme Monique Lasnier)
Corporation des travailleurs sociaux du Québec, région-Estrie
Département des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke
Les Soupapes de la Bonne Humeur Inc.
Ligue de la protection de l'Enfance de l'Estrie Inc.
Projet Elixir
Syndicat des travailleuses (eurs) du Centre Rosalie Jetté, CSN

9. Consultation de la région de la Montérégie (06C)

9.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Alliance Québec, rive-sud
- Brown, K.
- Cable, Grace
- Carter, Jim
- Languay, D.
- McKeown, M.

Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie
- Deschênes, Lorraine
- Dussault, Chantal
- Gaudette, Rolland
- Mailloux, Jean-Louis

Association des médecins omnipraticiens de Richelieu St-Laurent
- Barakett, William J.
- Desroches, J.L.
- Marcoux, L.
- Ricard, J.

Association des médecins omnipraticiens de Yamaska
- Archambault, Pierre
- Bellavance, André
- Doucet, Lionel
- Gauthier, François
- Ménard, Yvon

Association québécoise pour la défense des droits des retraités, section Longueuil et Sorel, AQDR
- Bourgon, P.,
- Lepage, Claude
- Picard, V.,
- Vallières, Jean-Pierre

Atelier Travail/Jeunesse et
Bureau de consultation Jeunesse et
Boîte à lettres de Longueuil
- Beaudoin, Julie
- Bourgeois, Denis
- Jean, Conrad

Centre de réadaptation de la Montérégie Inc.
- Boudreault, Jean
- Ferland, Yvette
- Robitaille, Jean

Centre de services sociaux Richelieu (CSS)
- Brazeau-Patenaude, Christiane
- Goudreault, Florian
- Ladouceur, Jean-Claude
- Roy, Michel

Centres Jeunesse de la Montérégie
- Bariteau, Pierre
- Desjardins, Yves
- Tobin, Richard

Chateauguay Valley English Speaking Peoples' Association
- Gendron, Suzan
- Hicks, Janet
- King, Maurice
- Stringer, Ruth

Comité des centres de femmes de la Montérégie
- Bérubé, Mireille
- Gagnon-Lessard, Louise
- Laval, Denise
- Lavoie, Paule
- Morel, Thérèse

Conférence des CLSC de la Montérégie
- Chartier, Ghislaine
- Foisy, André
- Léveillé, Yves
- Rozon, Monique
- Viau, Diane

Conseil central des syndicats nationaux de Richelieu-Yamaska, CSN
Conseil central des syndicats nationaux de Granby, CSN
Conseil central des syndicats nationaux du Haut-Richelieu, CSN
Conseil central des syndicats nationaux du Sud-Ouest Québécois, CSN
Conseil central des syndicats nationaux de Sorel, CSN
- Bachand, Claude
- Charland, A.
- David, Françoise
- Mongeau, J.-L.
- St-Georges, C.

Conseil de la famille Richelieu-Yamaska et
Office de la famille du diocèse de St-Hyacinthe
- Grenon, Lise
- Perreault, Pierrette
- Petit, Hélène

Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie (CRSSS)
- Dionne, C.
- Guindon, Jean-Bernard
- Laplante, G.
- Lemieux, Claude

L'Antre-Temps et
Relais-Jeunesse
- Caron, Claude
- Lapierre, Jacqueline
- Maynard, Diane
- Nolin, André
- Paquet, Marie

Conseil régional des centres d'accueil de la Montérégie, section hébergement
- De Repentigny, Claude Y.
- Desnoyers, Michel
- Robitaille, Monique
- Vincent, Léonard

Maisons membres du Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour les femmes victimes de violence de la Montérégie
- Desjardins, Murielle
- Emond, Lise
- Granchamp, Pauline
- Ouimet, Josée

Regroupement d'associations pour les personnes handicapées de la Montérégie
- Bargiel, Lucille
- Beauregard, Claude
- Goulet, Renée
- Laperle, Pierrette
- Savoie, Madeline

Regroupement des centres d'action bénévole de la région 06C
- Caron, Rachelle
- Lacouture, Pierre
- Lefebvre, Ginette
- Paquin, Monique
- Rouleau, Carmen

Regroupement des directeurs généraux des centres hospitaliers de la Montérégie
- Lamarche, Rodrigue
- Montpetit, Jean-Pierre
- Nadeau, Jean-Guy
- Tousignant, Yves

Regroupement des maisons de jeunes de la Montérégie
- Belzile, Charlotte
- Dahmé, Jean
- Durand, Pierre
- Ferland, Eric
- Laurier, Jean

Société chiropratique de la Rive-Sud de Montréal
- Desmarais, François
- Labarre, Adrien
- Lavigueur, Luc

Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Montréal, région Montérégie
- Bourassa, Manon
- Desmarais, Rolande
- Pickup, Lise

Table des directeurs généraux des établissements de déficience mentale de la Montérégie
- Boily, Jacques
- Dagenais, Gilles
- Lavallée, Jean-François
- Picard, J.-P.

9.2 Liste des organismes visités

Centre d'accueil de Rouville*
Centre de bénévolat de Saint-Basile-le-Grand
Centre hospitalier Charles Lemoyne
Centre hospitalier Pierre Boucher*
Source des Monts Inc. (La)*
Service d'intervention en santé mentale « Espoir »

9.3 Listes des représentations écrites soumises par les organismes et les personnes non-rencontrés

Amis de l'Hôpital Brome Missisquoi Perkins
Centre d'accueil Mgr Coderre
Centre de bénévolat de St-Césaire
Comité de travail du GAPHRSM sur le maintien à domicile
Comité diocésain de la famille
Corporation des infirmières et infirmiers de la rive-sud de Montréal
Département de Santé communautaire du Centre hospitalier Honoré Mercier
Duchesne, Guy
Francoeur, Jean
Joyeux retraités de Longueil
Popote Roulante de Châteauguay
Ranger, Jetté, Leblond, Bérubé & Lépine
Réveil des Assistés sociaux de Longueil

10. Consultation de la région de la Côte-Nord (09)

10.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Association des cadres du centre de santé de la Basse Côte-Nord
- Beaudoin, Remy
- Maurici, Medrick
- Morency, Elaine L.
- Walsh, Juliette

Association des médecins omnipraticiens
- Dubé, Laurier
- Dufresne, Claude
- Harvey, Pierre-Claude
- Laberge, Pierre

Centre d'action bénévole de Sept-Iles Inc.
- Blanchard, Nicole
- Caron, Mireille
- Hardy, Jean-Pierre
- Hébert, Mary-May

Centre de santé de la Basse Côte-Nord
- Denaud, Jacques
- Dumas, Alexandre
- Jones, Adélard
- Law, A.E.
- Moyen, Jean
- Russel, George
- Steel, Nicole

Centre de santé St-Jean-Eudes
- Belland, Guy
- Boudreau, Denis
- Jomphe, Maurice
- Morin, Robert
- Poirier, Raymonde L.

Centre de services sociaux de la Côte-Nord (CSS)
- Bouliane, Jean-Marie
- Marcoux, Guy
- Proulx, Louis-Marie
- Richer, François
- Roy, Jean-Marc
- Therrien, Diane

Centre hospitalier régional de Baie Comeau
- Boisvert, Denis
- Camiré, Laurent
- Fatter, Marc
- Leclerc, Claude
- Lord, Sylva, R.
- Marcoux, Guy
- Samson, Raymond
- Savard, Gérard

Collectif de Sept-Iles pour la santé des femmes
- Lanteigne, Sylvie
- Pelletier, Elizabeth

Conférence administrative régionale de la Côte-Nord
- Grégoire, Michel

Conseil Attikamek-Montagnais
- Bacon, Michel
- Courtois, Gilbert
- Jeanotte, Suzette
- Mallec, Edmond
- St-Onge, Anne

Conseil central des syndicats nationaux de la Côte-Nord, CSN
- Gauthier, Roger
- Rioux, Jeannine
- Roussel, Sylvie
- Roy, Jeanne

Conseil central des syndicats nationaux de Sept-Iles, CSN et Syndicat des employés du Centre de Santé de la Basse Côte-Nord, CSN
- Boudreau, Harris
- Daigle, Line
- Jean, Pauline
- Morel, Luc
- Pelchat, Johanne

Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (CRSSS)
- Boisjoli, Claude
- Garon, André
- Guitar, Jacques
- Norbert, Claude
- Raoult, Jean-Marie

Groupe pour les médecines alternatives
- Desbiens, Christian
- De Verteuil, Chantal
- Martel, Gabrielle

Maison des jeunes de la Côte-Nord
- Aurey, Fleurette
- Deschênes, Nadine
- Gagné, Nicole

Maison Le coin des femmes de Sept-Iles Inc.
- Dupuis, Suzanne
- Gaumond, Esther
- Lévesque, Maria
- Néron, Nathalie
- Paradis, Lisette

Municipalité régionale de comté de Manicouagan
- Cloutier, Jean-Yves
- Desroby, Désiré
- Gagné, Georges-Henri
- Gagné, Yoland
- Thériault, Roger

Regroupement d'associations de personnes handicapées de la Côte-Nord
- Fortin, Richard
- Guichard, Jacques
- Otis, Paul

Regroupement des femmes de la Côte-Nord
- Fortin, Renée
- McKenzie, Sophie
- Richard, Françoise
- Simard, Micheline
- Urvoy, Andrée

Regroupement des femmes de Lourdes de Blanc-Sablon
- Fortin, Nicole
- Jones, Sylvie
- Jones-Lavallée, Marielle
- Lepage, Lyne
- Manger, Lorraine

Table de concertation sur la violence familiale de Baie-Comeau
- Girard, Pierre
- Langevin, Nicole
- Otis, Sylvie
- Paquet, Dominique
- Richard, Françoise
- St-Arnaudl, Louise
- Urvoy, Andrée

Table des directeurs généraux et directrice générale des CLSC et des centres de santé de la Côte-Nord
- Chicoine, Francine
- Deschênes, Guy
- Lessard, Lucien
- Roy, Claude

Table des groupes populaires de Baie Comeau et ses groupes membres
- Desjardins, Ginette
- Gagnon, Yves
- Gauthier, Elise
- Rioux, Maryse
- Saulnier, Carole
- Simard, Micheline

Trait-d'union de Baie Comeau Inc. et Mesures de rechange Jeunesse Baie-Comeau Inc.
- Allard, Manon
- Fortin, Eric
- Moisan, Line

10.2 Liste des organismes visités

Centre de santé de Blanc Sablon
Centre hospitalier régional de Baie-Comeau*
CLSC de Fermont*
Conseil de Bande des Naskapis*

10.3 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et les personnes non-rencontrés

Alliance Québec, Côte-Nord
Association Epilepsie Côte-Nord Inc.
Association féminine d'éducation et d'action sociale, région Côte-Nord, AFEAS
Comité Gendron
Compagnie Minière Québec Cartier
Corporation municipale Longue-Pointe-de-Mingan
Groupe d'infirmières et d'infirmiers de Sept-Iles
Hôpital des Sept-Iles
La maison du Transit
Lévesque, Ghyslaine B.
Municipalité régionale de comté de Caniapiscau
Nepveu, Raymond

11. Consultation de la région de Québec (03)

11.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Association des médecins omnipraticiens de la Côte Sud
- Dallaire, Luc
- Fortin, Marquis
- Godin, Louis
- Moreau, Marc-André
- Morin, Clément

Cégep de Rivière-du-Loup
- Benoit, Lorraine
- Cadrin, Raymond
- Carrière, Robert
- Dubé, Charlotte
- Dumais, Hélène
- Lachance, Bernard
- Lavoie, Jacqueline
- Lenko, Sandra
- Malenfant, sylvette
- Moreau, Gisèle
- Morin, Maryse
- Pelletier, Marie
- Provençale, Micheline
- Royer, Nicole
- Synnott, Paul-André
- Trottier, Yvon
- Vézina, Diane

Centre communautaire Pro-Santé
- Bouchard, Françoise
- Dufour, Hélène
- Fortin, Ghislaine
- Girard, Claire
- Kandell, Albertine
- Kègle, Richard
- Lavoie, Denise
- Lavoie, Elizabeth
- Mailloux, Diane
- Martineau, Michel
- Otis, Madeleine
- Simard, Fleurette
- Simard, Martin
- Simard, Maurice
- Tremblay, Danielle
- Tremblay, Michel

Centre d'accueil St-Brigid's Home
- Connor, R.
- Cook, A.H.
- Dinan, J.H.
- Kirkwood, G.S.
- Lachance, P.

Centre de santé pour les femmes de Québec
- Boyer, Lyne
- Dionne, Michèle
- Gobeil, Solange
- Proulx, Solange
- Walteyne, Nathalie

Centre de services sociaux de Québec (CSS)
- Bernier, Lise
- Couture, Alfred
- Robitaille, Paul
- Rousseau, Jean
- Roy, Pierre

Centre François Charon
- Frenette, Jean-Jacques
- Giroux-Gagné, Jean
- Leclerc, Laval
- Lemay, Michel
- Plamondon, Jacques
- Sabourin, Robert

Coalition des ressources du Grand-Portage
- Girard, J.
- Godbout, Réjean
- Langlois, Marie-France
- Leclerc, Jean-Claude

Comité ad hoc sur la pédiatrie
- Déry, Pierre
- Ferland, Louise
- Guay, M.
- Pelletier, Normand
- Verret, Simon

Comité consultatif Jeunesse 03
- Carle, G.
- Levasseur, D.
- Nguyen, Louise
- Proulx, Gilles
- Sarrazin, J.N.

Comité de formation-perfectionnement et mobilité des cadres de la région de Québec
- Gagnon, Florent
- Gagnon, Gilles
- Lacroix, Adrien
- Moisan, André
- Tremblay, Jacques

Comité des femmes violentées de Rivière-du-Loup et Centre des femmes du Témiscouata « L'Aurore »
- Bilock, C.
- Couture, D.
- Dufresne, L.
- Fournier, R.
- Tatlock, C.

Comité des ressources spécialisées, CLSC Trois-Saumons
- Bourgault, Jean-Marc
- Couture, Jacques
- Gourdeau, Yves
- Périgny, Linda
- Vachon, Lise

Comité parrains-marraines de Rivière-du-Loup et Centre d'actions bénévoles du Grand Portage
- Bouchard, G.
- Dionne, Ghislaine
- Lévesque, Céline

Commission administrative des CLSC de la région 03
- Blouin, Huguette
- Huard, Alcide
- Laverdière, René
- Nadeau, Normand

Conseil central des syndicats nationaux de Québec, CSN et Conseil central des syndicats nationaux de Thetford Mines, CSN
- Girard, André
- Madore, Nicole
- Martel, Francine
- Tremblay, Daniel
- Vézina, Charlotte

Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région de Québec (CRSSS)
- Gauthier, Hubert
- Lefebvre, François

Légaré, Jean-Yves
Maheux, Pauline
Montreuil, Louise
Perrault, Jocelyn
Tremblay, Guy
Tremblay, Jacques

Corporation des infirmières et infirmiers de la région de Québec
Boisvert, Colombe
Buissonneault, Lucie
Collin, France
Forgues, Denise

Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec
Boily, Pierre-Yves
Bureau, Yvon
Dumont, Serge
Dupont, Madeleine
Lane, Thérèse
Lavallée, Suzanne

Département des sciences neurologiques de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus
Francœur, Jacques

Étudiants du cours « Service juridique et droit social »
de la Faculté de Droit de l'Université Laval et
Association coopérative d'économie familiale de Québec
Baillargeon, Denise
Bernier, Daniel
Gagné, Vincent
Oss, Isabelle
Racicot, Pierre

Fédération des médecins omnipraticiens de Québec
Bergeron, Raynald
Drolet, Michel
Godin, André
Moreau, Anne
Sarra-Bournet, Claude

Groupe Auto-psy Québec
Coté, Benoit
Ouimet, Daniel
Rice, Charles

Groupe 13-18 de St-Nicolas-Bernières Inc. et
Maison des jeunes de Charny
Caron, Alberte
Gauthier, Madeleine
Gosselin, Bertrand
Larose, Claudette

Hôtel-Dieu de Rivière-du-Loup
Boudreau, Richard
Girard, Aline
Guérin, Gaétan
Laviolette, Omer J.
Rioux, Henri

Maison des femmes du Grand Portage
Allard, Danielle
Dubé, Andrée

Maison Michel Sarrazin
Bourget, J.-M.
Dionne, Louis
Giroux, Françoise
Laberge, Lise

Organismes familiaux membres de la Fédération de la famille du Québec
Allard, Hélène
Pichet-Bédard, Johanne
Verge, Bernard

Québec 1534-1984 et
Centre d'organisation de la visite du Pape à Québec
Chouinard, Lionel
Chrétien, M.
Drouin, R.
Naud, L.A.

Regroupement des maisons de jeunes, région 03
April, Pierre
Caron, Darlen
Fernandes, Jean-Guy
Roy, Chantal

Regroupement des organismes de santé et des services sociaux de la région Beauce-Etchemin
Arsenault, Sarto
Bélanger, André
Dallaire, Marcellin
Gendreau, Marcel
Levasseur, Denis
Paquet, Lise
Racine, Marcel
Dionne, Marc

Regroupement des tables de concertation de Montmagny, l'Islet, l'Amiante et Portneuf
Gaudreault, Aline
Lacroix, Jean-Paul
Vézina, Robert

Regroupement d'organismes bénévoles
Diamant, R.
Giroux, Louise, R.
Lagueux, Christiane
Prince, Jacques

Regroupement pour la rationalisation des ressources
Larouche, Henri
Laurin, Victorin, B.
Roy, Gérard

Regroupement sur les rapprochements administratifs
Biron, Clément
Gagnon, Richard
Grimard, Paul
Paquet, André

Service de réadaptation sociale Inc.
Chandonnet, André
Guilbault-Baril, Ginette
Hamel, Jean

Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (SPIIQ)
Dubé, Marie
Gendreau, Jacques

Table de concertation des services de santé et des services sociaux de Portneuf
Galarneau, Lucille
Labbé, Paul E.
Linteau, Lorraine
Plamondon, Louise
Vézina, Robert

Table de concertation et de développement des ressources pour les 15-18 du Québec Métropolitain
- Brassard, Odile
- Buist-Olivier, Ginette
- Rheault, René
- Therrien, Lise
- Tremblay, Aline

Table de concertation et de représentants de groupes communautaires et bénévoles de la région de l'Amiante
- Cloutier, Réal
- Gendreau, Marcel
- Laplante, Lise
- Martineau, C.L.
- Nadeau, Normand

Table de concertation Montmagny-L'Islet
- Blanchet, Rodrigue
- Garant, Hélène
- Lacroix, Jean-Paul
- Langlois, Michel
- Simard, Benoit-Luc
- Vaillancourt, Emile

Table de coordination des urgences du Québec Métro
- Dumais, Benoit
- Fortin, Zamilda
- Garneau, R.
- Rochette, Emilien
- Samson, Louis

Voice of English Quebec
- Cannon, David, L.
- Walling, Richard

11.2 Liste des organismes visités

Association des handicapés de Charlevoix Inc.*
Centre communautaire Pro-Santé*
Cégep de Rivière-du-Loup, Centre de santé*
Foyer Pont Rouge
Foyer St-Georges-de-Beauce
Les Ateliers du Grand Portage
Pavillon Notre-Dame (CH de la Beauce)
Pavillon Toupin

11.3 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et les personnes non-rencontrés

Accueil Ville St-Georges Inc.
Association des avocats de la Province
Association Grandir
Association québécoise pour la défense des droits des retraités et des pré-retraités de Charlesbourg, AQDR
Audiothèque du Québec
Bécotte, Yves et Marotte, Denis
Cayer-Landry, Rita
Centre d'accueil St-Antoine et le Faubourg
Centre d'aide du Plateau de Québec
Centre hospitalier de Trois-Pistoles
Centre hospitalier régional de la Beauce
Centre Louis-Hébert
Chambre de commerce de Rivière-du-Loup
Comité de périnatalogie de l'Hôpital St-François d'Assise
Coordonnateurs et coordonnatrices à l'implantation de CLSC urbains de la région 03
Coterie Inc.
Croisée des chemins
Deslauriers, Jeannine
École de médecine dentaire de l'Université Laval
Entraide Faubourg Inc.
Gaucher, Edwin & Associés
Groupe Santé Entraide
Hôpital St-François d'Assise
Letellier, Marie et Robert
Maison Licorne
Massé, Clément et Denise
Plamondon, Jacques
Société d'optométrie de Québec Inc.
Société médicale du peuple Enr.
Vachon, Gilles

12. Consultation de la région de Montréal (06A)

12.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Alliance-Québec, 06A région
- Dobie, Bob
- Haydock, Judy
- Kelley, Marylee
- MacDonald, Margaret
- Williams, Russel

Association d'Entraide Ville-Marie Inc.
- Caron, Gilles
- Falardeau, Maurice
- Labelle, Suzanne
- Rochette, André
- St-Jean, Lucie

Association de Montréal pour déficients mentaux et Association pour déficients mentaux de Laval Inc.
- Bergeron, Lise
- Bérubé, Nicole
- Boer, Michel
- Carignan, Agathe
- Vinet-Lanteigne

Association des médecins omnipraticiens de Montréal
- Drapeau, Gaston
- Dutil, Rénald
- Gascon, Ren
- Kalina, Mathias
- Lemire, Marc-André

Association d'iléostomie et de colostomie de Montréal
- Chevalier-Brisson, Louise
- Desmarais, Rolande
- Laberge, Marguerite
- Lapointe, Jean-Pierre

Bureau de coordination des centres hospitaliers d'enseignement affiliés à l'Université de Montréal et Institut conjoint hospitalier de Montréal
- André, Yves
- Beaudry, Louis
- Leblanc, Jean
- St-Onge, Guy

Bureau régional des maladies infectieuses et
Regroupement des DSC de Montréal Métro
- Barette, Martine
- Hoey, John
- Lessard, Richard
- Racine, Simon

Centraide Montréal
- Giroux, Michel
- Lessard, M.

Centre de santé des femmes de Montréal
- Beauchamp, France
- Blais, Colette
- Chainard, Johanne
- Madore, Monique
- Mahoney, Diane

Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain (CSSMM)
- Chicoine, Jean-Pierre
- Corbeil, Romain
- Johnson, Thérèse
- Larin, Jacques
- Rainville, Manon
- Tessier, Lise

Centre de services sociaux Ville-Marie (CSS)
- Carter, James
- Schwartz, Sylvia
- Walker, John
- Young, William

Centre Rosalie Jetté
- Caron, Denis
- Duval, Lise
- Labrecque, Louis-Charles
- Lebœuf, Diane
- Lessard, Danielle

Comité Sida-Aide Montréal
- Ambroise, Marie-Luce
- Morrisson, Ken
- Prince, Jean-Guy
- Van Fauvel, Suzanne

Conférence des directeurs-généraux des CLSC de la région de Montréal
- Côté, Louis
- Kaufman, Terry
- Langevin, Lise
- Ouimet, Pierre
- Tétrault, André

Conférence des maires de la banlieue de Montréal
- Knox, Malcolm
- Lang, Bernard
- Maheu, Shirley
- Rustad, Patricia
- Williams, Russell

Conseil catholique de l'expression anglaise
- Campbell-Tucku, Gail
- Eisurring, Al.
- Haber, Richard
- Jubinville, Terry

Conseil central des syndicats nationaux de Montréal, CSN
- Brown, Myriam
- Carbonneau, Claudette
- Cotton, Mario
- Lévesque, Michèle
- Paquet, Pierre

Conseil de la communauté de Notre-Dame de Grâce
- Fedstone, Gail
- Leslie, Sharon
- Normandeau, Anne-Marie
- Wright, Cathie

Conseil général des usagers du CSSMM Inc.
- David, Françoise
- Lavoie, Claire
- Lemburner, Michel
- Mathys, Blanche
- Merciari, Nicole

Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS)
- Deslauriers, L.
- Lajoie, C.
- Lefebvre, B.
- Marcoux, G.
- Villeneuve, M.

Corporation des infirmières et infirmiers de la région de Montréal
- David, Francine
- David, Nicole
- Lemay, Claude
- Nadeau, Monique
- Reis, Marie

Dispensaire diététique de Montréal
- Binek, Véronique
- Duquette, Marie-Paule
- Mont'quin, Jean-Marie
- Smith, Suzan
- St-Jacques, Claire

Entreprises des Ainés de la banlieue ouest de Montréal
- Cavanagh, E.V.
- Kunra, Aimi
- McOuat, Evelyn
- Tyler, Dorothy

Gauvin, L.-Lucien

Groupe Champlain
- Bédard, Yves
- Chagnon, Robert
- Migneault, Rémi

Groupe Services-Formation
- Grégoire, Marie-Paule
- Lalande, Jocelyne
- Malowany, Evelyn
- Millar, Carmen
- Massé, Mimi

Hôpital Ste-Justine et
Hôpital de Montréal pour enfants
- Duplessis, Pierre
- Dupont, Claire
- Rioley, Donna
- Rollin, P.
- Steinmetz, N.

Institut de réadaptation de Montréal
- Adam, Daniel
- Drouin, Gilbert
- McEwen, Suzanne
- Michaud, Berthe
- Piédaluc, Marc

Institut Raymond Dewar
- Collard, Gabriel
- Léger, Pierre-Noel
- Quévillon, Michelle
- Robitaille, Jean

NDG Seniors Citizens Club Inc. et
Seniors of Westmount Action Group
- Assels, Margaret
- Burns, Doris
- Currie, Neill
- Vanderheyden, Lynn
- Woodsworth, David

Projet maintenance à la méthadone, CLSC centre-sud
- Bruneau, Julie
- Godin, Jean-Gilles
- Lauzon, Pierre
- Lehmann, François

Regroupement de Montréal des membres de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec et
Corporation professionnelle des travailleurs sociaux de CLSC, section Montréal et
Regroupement des professionnels(les) en service social scolaire du Montréal Métropolitain
- Brault, Lorraine
- Dussault, Christiane
- Lippé-Guay, Colette
- Moquin-Normand, Monique

Regroupement des aveugles et amblyopes du Québec, section Montréal
- Beauregard, Ronald
- Benjio, Luna
- Lavigne, Marie-Claude

Regroupement des organismes bénévoles du Montréal Métropolitain
- Assor, Raphael
- Côté, Lucille
- Lincourt, Raoul
- Quiviger, Claude

Regroupement des organismes communautaires Jeunesse du Montréal Métropolitain
- Bertrand, Georges
- Gauthier, Suzanne
- Paris, Robert
- Petter, Jacques

Regroupement des organismes de promotion de Montréal Métropolitain
- Bouchard, Jean-Pierre
- Isabel, Nicole

Regroupement des présidents de conseils d'administration des CLSC de la région 06A
- Jutras, Florian
- Lemay, Jean-Guy
- Lemieux, Adèle
- Roy, Fernand
- Wickers, Maria

Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal Inc.
- Beaudoin, Carmen
- Godley, Claudette
- Michaud, Sylvio
- Picard, Monique
- Sauvé, Martin

Service d'aide à la population du CSSSRMM et
Table de référence du Grand Montréal et
Table de concertation des porte-parole des établissements
- Bilock-Lebeau, Lorraine
- Déquier, Marie
- Pipe, Nancy

Service d'éducation communautaire de Laval Inc.
- Brockman, Christine
- Chainard, Raymond
- Morin, Paul-André
- Plamondon, Laurier
- Heterington, Karine
- Tardif, René

Services de santé UpJohn
- Dion, Marie
- Lang-d'Etcheverry, Johanne

Société Alzheimer de Montréal Inc. et
Centre d'aide Mutuelle Inc.
- Cadieux, Thelma
- Gaudet, Christian
- Jacques, Benoit
- Ranti, Irène

Syndicat des professionnels(les) des affaires sociales du Québec, section Domrémy-Montréal
- Lallemand, Violaine
- Létourneau, Sylvie
- Normand, Jacques
- Poupart, Serge

Table de concertation de la santé et des services sociaux de Laval
- Jean, Yvon
- Lessard, Richard
- Ouellette, Marie-Hélène

Table régionale des ressources alternatives et communautaires en santé mentale du Montréal Métropolitain
- Blanchard, Michèle
- Hurtubise, Martin
- Landry, Lucien
- Morin, Lise
- Morin, Paul

Table régionale des services complémentaires de maintien à domicile
- Beauchamp, Gilles
- Dicaire, Nicole
- Hébert, Cécile
- Lemay, François
- Nadeau, Jacques

Victorian Order of Nurses (VON)
- Amos, Paul
- Blais, Marcel
- Buttery, Jo Anne
- Gauthier-Faille, Gail
- Steward, Barbara

YWCA
- Brunelle, Diane
- Gauvin, Micheline
- Willens, Noelle-Dominique

12.2 Liste des organismes visités

Institut Raymond Dewar*
Service d'éducation communautaire de Laval Inc.*
Urgences-Santé*

12.3 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et les personnes non-rencontrés

Association de l'Age d'Or (Centre Nathan et/and Maxell Cummings Center)
Association des hommes séparés ou divorcés de Montréal Inc.
Association pour la Forme Inc.
Bélanger, Alfred
Carrefour des Petits soleils Inc.
Centre d'accueil Father Dowd
Centre hospitalier de Saint-Laurent
Centre hospitalier Ready Memorial
Centre hospitalier St-Charles Borromée
Cité de la Santé de Laval
Clinique des Jeunes St-Denis
CLSC Lamater (personnel non clinique)
CLSC Métropolitain (programme soins et service à domicile)
Comité ad hoc « accessibilité des CAH et des CHSLD aux communautés culturelles »
Comité exécutif de la Ville de Montréal
Comité inter hospitalier de formation
Commission scolaire Laurenval
Communicaide pour des adultes avec problèmes auditifs
Conseil consultatif des citoyens de l'ouest de Montréal
Conseil national des femmes juives de Montréal
Continental pharmacryosan Inc.
Des Cliques et des Gangs
Département de santé communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur
Département de santé communautaire de l'Hôpital Général Lakeshore
Diabétiques du Nord de Montréal
Eglise cathédrale du Christ
Forum, citoyens âgés de Montréal
Geltman, Harold
Groupe d'Entraide (Lepage, Allard & Gonthier)
Groupe de recherches portant sur les soins gynéco-obstétricaux et la profession de sage-femme
Groupe de soutien responsable des personnes âgées à domicile
Groupe Harmonie
Groupe intervention en psychologie clinique
Hôpital du Sacré-Coeur
Hôpital Général juif
Hôpital juif de réadaptation
Hôpital Notre-Dame
Hôpital Royal Victoria
Institut de cardiologie de Montréal
Lakeshore Vocational projects Ass. Inc.
Lamontagne, Hugues
McGill University (School of Nursing)
McIntyre, Bob and Joyce
Mouvement Laique québécois
Naissance-Renaissance de Montréal
Pomerleau, Guy
Promotions sociales Taylor-Thibodeau
Quiviger, Claude
Raymond, Chabot, Martin, Paré & Associés
Regroupement des maisons de jeunes de Montréal-Ouest
Regroupement des parents pour déficients mentaux
Résidence Montmorency
Richer, Monique
Sheitoyan, Marie-Louise
St.James United Church
Table de concertation Jeunesse Rosemont
Task Force on social services
United Church of Canada
Université de Montréal, faculté de médecine
Université de Montréal, faculté de pharmacie
Université de Montréal, faculté des sciences infirmières
Université de Montréal, faculté des sciences infirmières — département de gérontologie
Valton, Pierre
Ville St-Laurent
West Island citizen advocacy
Zajakala, Sigmund

13. Consultation de la région du Nouveau-Québec (10A et 10B)

13.1 Liste des organismes et personnes rencontrés

Centre hospitalier de la Baie d'Hudson
- Alashua, Mark
- Auclair, Serge
- Bilodeau, François
- Cookie, Johnny
- Dufresne, Richard
- Epoo, Emily
- Grégoire, Jean
- Iqirqu, Qumaluk
- Kittshimik, Thimothy
- Makkimak, Sima
- Maltais, Bernard
- Nuktaluk, Johnny
- Padlayat, Paulusie
- Weetaltuk, Alice

Centre hospitalier de la Baie d'Hudson et Centre des services sociaux (CSS)
- Gagnon, Johanne

Community Delegates
- Cookie, Johnny
- Elizassiapik, Mary
- Fleming, Alicie
- Fleming, Jimmy
- Kadjudluak, Nulukie
- Kadjudluak, Paulusie
- Novalinga, Allie
- Padlayat, Paulisie
- Pauyungie, Eva

Conseil central des syndicats nationaux, CSN
- Aarnatuq, May
- Bastiensen, Fritz
- Gagnon, Serge
- Lamontagne, Céline
- Sam, Jimmy

Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
- Bearskin, Abraham
- Bearskin, Steven
- DiTommaso, Stephen
- Filion, Fernand G.
- Malenfant, R
- Ouellet, Marie B
- Pachanos, George
- Pichette, Pierre
- Plouffe, Michel
- Potter, Laurence
- Vézina, Richard

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- DiTommasso, Stephen N.

Délégués des communautés de la Baie d'Ungava
- Agnatuk, Kitty
- Airo, Minnie
- Alaku, Aannie
- Aloupa, Susie
- Annakatak, Johnny
- Annanude, Betsy
- Cain, Tommy, Jr
- Emuluk, Selima
- Kiatainnaq, Tuukka
- Nassak, Mary
- Oninnak, Mark
- Tukkiapik, Daisy

Directeurs généraux des centres hospitaliers du Nouveau-Québec et Présidents des Conseils d'administration des centres hospitaliers
- Alashuak, Mark
- Bearskin, Steven
- Chevarie, Léonard
- Dumais, Alexandre
- Koneak, George
- Maltais, Bernard
- Moyen, Jean
- Padlayat, Paulusi
- Pichette, Pierre

Grand Conseil des Cris du Québec
- Awashish, Philip

Kativik Regional Council of Health and Social Services
- Cain, Johnny
- May, Mary Kaye
- Nalukturuk, Simeonie
- Napartuk, Pauloosie
- Nulukie, Daniel
- Qaqutuk, Josipi
- Toomasie, Adamie
- York, Lizzie

Kativik School Board
- Elizassiapik, Mary
- Palliser, Caroline

Quebec Native Women's Group
- Palliser-Tulugak, Aani

Représentants des services sociaux et de santé
- Larose, Michèle
- Rioux, Yvan
- Tremblay, Normand

13.2 Liste des représentations écrites soumises par les organismes et les personnes non-rencontrés

Dumont, Charles

Great Whale River Health Services

Créée par le gouvernement du Québec, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a pour mandat d'évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux, d'étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît ce système et de faire au Gouvernement les recommandations appropriées pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux.

Pour remplir son mandat, la Commission fait une large place à la consultation. C'est ainsi que s'est tenue, de mars à août 1986, une vaste consultation qui visait à recueillir les perceptions du plus grand nombre de personnes, groupes et institutions concernés par l'évolution des services de santé et des services sociaux.

Problématiques et enjeux constitue la synthèse de cette vaste consultation. Il cherche à rendre compte le plus fidèlement possible de l'ensemble des positions et opinions qui ont alors été exprimées. Compte tenu du nombre de personnes et de groupes rencontrés

Imprimé au Québec, Canada